

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **BUSTAMANTE NEIRA PAOLA DEL CISNE y SILVA ROSERO MIGUEL ANGEL**, con C.C. 1103640452, 1711386431, respectivamente, autores del trabajo de graduación titulado: **"INFLUENCIA DE LA COHESION FAMILIAR SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE DESARROLLARON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA DE LA CLINICA DE ENFERMOS CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD LOS ROSALES EN EL AÑO 2016"**, previa a la obtención del título profesional en la Especialidad de: Medicina Familiar y Comunitaria, en la Facultad de Medicina:

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 7 de febrero del 2017



BUSTAMANTE NEIRA PAOLA DEL CISNE

C.C. 1103640452



SILVA ROSERO MIGUEL ANGEL

C.C. 1711386431



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**INFLUENCIA DE LA COHESION FAMILIAR SOBRE LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE
DESARROLLARON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA DE LA
CLINICA DE ENFERMOS CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE
SALUD DE LOS ROSALES EN EL AÑO 2016**

PROTOCOLO DE DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Dra. PAOLA DEL CISNE BUSTAMANTE NEIRA

Dr. MIGUEL ANGEL SILVA ROSERO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RICARDO RECALDE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR METODOLOGICO

DR. CARLOS TROYA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS 2016

TITULO

**INFLUENCIA DE LA COHESION FAMILIAR SOBRE LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE
DESARROLLARON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA DE LA
CLINICA DE ENFERMOS CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE
SALUD DE LOS ROSALES EN EL AÑO 2016**

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios por darnos la vida y permitirnos haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

A nuestros hijos Miguel y Ariana por ser el pilar más importante de nuestras vidas y brindarnos su apoyo incondicional que nos motivó a cumplir la meta propuesta, a nuestros padres por demostrarnos siempre su cariño y apoyo incondicional que nos permitió crecer y alcanzar nuestro objetivo.

A los pacientes de la clínica de Crónicos Metabólicos que nos permitieron formar parte de sus vidas y de sus familias

Paola Bustamante – Miguel Silva

AGRADECIMIENTO

A Dios creador de todas las maravillas que disfrutamos gracias a que podemos ver, escuchar, sentir, a él que nos ha dado la fortaleza para continuar cuando nuestras fuerzas ya no daban más y a iluminado nuestro camino para seguir adelante, por eso y por todo lo que significa en nuestras vidas, agradecemos en primer lugar a Dios.

A nuestros padres por el apoyo, amor y esfuerzo que nos han brindado incondicionalmente durante todos estos años valiosos en nuestras vidas.

A nuestros amados hijos Miguel y Ariana, que son nuestro corazón y nuestra vida y que son la razón que tenemos para cada día ser mejores padres, amigos, y por el amor, cariño y felicidad que nos han brindado desde el primer segundo de su existencia.

A nuestros profesores de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por su formación académica que nos han permitido alcanzar nuestra meta anhelada.

TABLA DE CONTENIDO

TITULO.....	3
AGRADECIMIENTO.....	5
TABLA DE CONTENIDO	6
INDICE DE TABLAS.....	10
INDICE DE FIGURAS	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	14
Objective: This study aims to identify if family cohesion factor determines treatment adherence of hypertensive patients who developed peripheral arterial disease.	14
CAPITULO I.	16
Introducción.....	16
1.1. Justificación.....	20
1.2. Problema de investigación	22
1.3. Objetivos.	22
1.3.1. Objetivo General	22
1.3.2. Objetivos Específicos	22
1.4. Hipótesis	23
CAPITULO II.....	24
Revisión Bibliográfica.....	24

2.1. Familia.....	24
2.2. La Importancia de la Familia y la cohesión familiar.....	24
2.3. Familia y Enfermedad Crónica.....	30
2.3.1. Factores que condicionan el impacto de la Enfermedad en la Familia	32
2.3.2. Vivencia de la Enfermedad	37
2.4. Adherencia al tratamiento antihipertensivo.....	38
2.4.1. Factores implicados en el incumplimiento.....	40
2.4.2. Métodos de Adherencia al Tratamiento	40
2.5. Hipertensión Arterial y Sus Consecuencias	41
2.5.1. Enfermedad Arterial Periférica	44
2.5.1.1. Técnica para realizar el índice tobillo brazo (ITB):	45
2.5.1.2. Interpretación del índice tobillo brazo (ITB):	46
2.5.1.3. Actuación según resultado del índice tobillo brazo (ITB)	46
2.5.1.4. Indicaciones del índice tobillo brazo (ITB).....	47
2.5.1.5. Limitaciones del índice tobillo brazo	47
CAPITULO III.	48
Metodología.....	48
3.1. Tipo de estudio.	48
3.2. Muestra.	48
3.3. Criterios Inclusión y Exclusión	49

3.3.1. Criterios de Inclusión	49
3.3.2. Criterios de exclusión:.....	49
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	50
3.5. Procedimiento de recolección de la Información	52
3.6. Plan de Análisis de datos.....	53
3.7. Técnica de Análisis de datos	54
3.8. Aspectos Bioéticos	54
CAPITULO IV	56
Resultados	56
4.1. Características de la población estudiada.	56
4.2. Estadísticos Descriptivos.....	56
4.2.1. Características Sociodemográficas.....	56
4.2.2. Caracterización de la población en relación a Cohesión Familiar, Adherencia al Tratamiento y Enfermedad Arterial Periférica.	58
4.2.2.1. Análisis Univariado.....	58
4.2.2. 2. Análisis Bivariado	60
4.3. Tablas de Contingencia	61
CAPITULO V	67
Discusión.....	67
CAPITULO VI.....	69

Conclusiones y Recomendaciones	69
6.1. Conclusiones.	69
6.2. Recomendaciones	71
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	73
Apéndice.....	78
Anexo 2	80
Anexo 3	81

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables de Estudio	50
Tabla 2. Distribución de la Población por la Edad (n=206).....	56
Tabla 3. Distribución de la Población por Edad Agrupada (n=206).....	57
Tabla 4. Distribución de la Población por Sexo (n=206).....	57
Tabla 5. Distribución de la Población por Nivel de Instrucción (n=206)	57
Tabla 6. Distribución de la Población por Etnia (n=206)	58
Tabla 7. Distribución de la Población por Años de Enfermedad (n=206)	58
Tabla 8. Distribución de la Población por Cohesión Familiar (n=206)	59
Tabla 9. Distribución de la Población por Cohesión Familiar Agrupada (n=206)	59
Tabla 10. Distribución de la Población por Adherencia al Tratamiento (n=206).....	59
Tabla 11. Distribución de la Prevalencia de Enfermedad Arterial Periférica (n=206)	60
Tabla 12. Distribución de la Población entre Cohesión y Adherencia al Tratamiento (n=206)	60
Tabla 13. Distribución de la Población entre Cohesión Familiar y Enfermedad Arterial Periférica (n=206).....	61
Tabla 14. Distribución de la Población por Adherencia al Tratamiento y Enfermedad Arterial Periférica (n=206).....	61
Tabla 15. Frecuencias y Comparación con Cohesión Familiar.....	62
Tabla 16. Frecuencia y Comparación con Adherencia al Tratamiento.....	64
Tabla 17. Frecuencias y Comparación con Índice Tobillo Brazo	66

INDICE DE FIGURAS

Ilustración 1. Modelo Circunflejo de Olson.....	28
---	----

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio trata de identificar si la cohesión familiar determina la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos que desarrollaron enfermedad arterial periférica.

Metodología: Estudio analítico de corte transversal en una muestra de 206 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que pertenecen a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales. La recolección de datos se realizó en consulta externa con actividades programadas por medio de instrumentos validados; para cohesión familiar FACES III, adherencia al tratamiento Morisky- Green y el Índice Tobillo Brazo para enfermedad arterial periférica. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 23, se realizaron análisis univariado y bivariado, la significancia de los datos a través del test de Chi- cuadrado con intervalos de confianza 95%.

Resultados: Al analizar cohesión familiar y adherencia terapéutica se demostró que hay una relación estadísticamente significativa ($p 0,008$) ($X^2 6,411$) entre las familias aglutinadas y no relacionadas en relación a las equilibradas. IC del 95% (1,181 - 3,853).

Conclusión: 1. Al relacionar adherencia al tratamiento y cohesión familiar hay una relación estadísticamente significativa en las familias extremas en contraposición de las equilibradas. 2. La no adherencia al tratamiento es mayor en el género femenino, siendo su relación estadísticamente significativa. 3. La prevalencia de enfermedad arterial periférica en este estudio es de 11,2%.

Palabras Claves: Cohesión Familiar, adherencia al tratamiento, Enfermedad Arterial Periférica (EAP), Índice Tobillo Brazo (ITB).

ABSTRACT

Objective: This study aims to identify if family cohesion factor determines treatment adherence of hypertensive patients who developed peripheral arterial disease.

Methodology: A cross-sectional analytical study was carried out with a sample of 206 patients diagnosed with arterial hypertension that belong to “Cronicos Metabolicos Clinic of Los Rosales Health Center”. The data collection was done in external consultation through planned activities by means of validated instruments such as: FACES III to identify family cohesion, Morisky-Green Test to evaluate treatment adherence and Ankle-Brachial Index to diagnose peripheral arterial disease. The SPSS 23.0 software was used for statistical analysis; univariate and bivariate analyses were performed interval was carried out.

Results: When analyzing the family cohesion factor and the therapeutic adherence, it was demonstrated that there is a statistically significant relationship ($p = 0,008$) ($\chi^2 = 6,411$) between the agglutinated and unrelated families in relation to the balanced ones (1,181-3,853) 95% IC.

Conclusions: 1. In regards to the treatment adherence and family cohesion factor, there is a statistically significant relationship in the extreme families as opposed to the balanced ones. 2. Non-adherence to treatment is greater in females being their relation statistically significant. 3. The prevalence of the peripheral arterial disease in this study is 11,2%

Key Words: Family Cohesion Factor, Adherence to Treatment, Peripheral Arterial Disease, (PAD), Ankle-Brachial Index (ABI

CAPITULO I.

Introducción

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que en las enfermedades crónicas, el individuo y su familia deben estar predispuestos, informados y motivados para que en conjunto logren mejorar su automanejo de la enfermedad, lo que ayuda adherirse al tratamiento y disminuir las complicaciones asociadas a incapacidades”. (Lagos Mendez & Flores Rodriguez, 2014)

“La familia es un grupo primario, donde el individuo se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad”. (González Alfonso, González Alfonso, Vázquez González, González Alfonso, & Gómez Pacheco, 2004)

La enfermedad crónica como la Hipertensión arterial hace que la familia presente una crisis no normativa llevando una carga emocional de la enfermedad que no se "cura"; necesita de un tratamiento y de cambios en los estilos de vida, como son: dieta y ejercicio físico, además de la adaptación familiar para las complicaciones físicas que pueden ir surgiendo, originando una incapacidad que exige más al sistema familiar. (Santos Costa & Tolstenko Nogueira, 2008).

La familia realizará las recomendaciones acerca de la enfermedad en el cuidado de pacientes hipertensos, aplicará los recursos con los que cuente, cohesión, adaptación, así el sistema familiar intercambia información y energía, buscando de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir un equilibrio que asegure el funcionamiento del sistema familiar. (Cibanal, 2006)

El paciente hipertenso en el 90-95% requiere de cuidado dentro de su entorno familiar. La familia estimula al paciente a seguir el régimen médico brinda estrategias y recursos para alcanzar un adecuado cumplimiento, contribuye a fortalecer al enfermo para que mantenga el régimen adecuado y vuelva a su vida normal. Por tanto el apoyo familiar influye en el paciente para mantener adecuados controles de salud y tratamientos, así como iniciar y mantener cambios en el estilo de vida. (González Alfonso, González Alfonso, Vázquez González, González Alfonso, & Gómez Pacheco, 2004)

La familia es funcional cuando tiene un nivel de adaptabilidad, cohesión y comunicación; el grado de cohesión y flexibilidad que presenta la familia constituye un indicador de su funcionamiento dentro del sistema y puede ser extremo, de rango medio o balanceado. (Ferrer-Honores, Miscán-Reyes, & Pino, 2013)

“La cohesión familiar es definida como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí”. Sus indicadores son: cercanía emocional, límites, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación”. (Ferrer-Honores, Miscán-Reyes, & Pino, 2013)

Existen 4 niveles de cohesión, **familias No relacionadas:** Tienen límites rígidos, funcionan en forma autónoma, presentan un elevado sentido de independencia, carecen de sentimientos de lealtad y no requieren ayuda cuando lo necesitan; **familias semirelacionadas:** La comunicación suele ser confusa y contradictoria, las normas se establecen sin fundamento racional, **familias relacionadas o unidas:** Son familias que aprovechan cuando se encuentran juntos, pueden superar los periodos de crisis, **familias aglutinadas:** Existen límites difusos, tienen un exagerado sentido de

pertenencia y requieren abandono de la autonomía, la conducta de uno afecta al otro miembro de la familia. (Cibanal, 2006)

La adherencia o no adherencia terapéutica de los pacientes a tratamientos médicos son varios. El paciente hipertenso debe sentir apoyo de sus seres más queridos, esto contribuirá a evitar situaciones estresantes, lo que estimula al grupo familiar y a la pareja en la práctica de ejercicios físicos, adherencia a la dieta con disminución en el consumo de sal en la dieta. (González Alfonso, González Alfonso, Vázquez González, González Alfonso, & Gómez Pacheco, 2004)

La hipertensión demanda de un gran apoyo familiar para el paciente, pero la familia del enfermo no comprende la importancia de esta convivencia para lograr una adecuada adherencia al tratamiento. El control adecuado de las cifras de presión arterial resulta indispensable para aumentar la esperanza y la calidad de vida del hipertenso, pero abundan los casos en que ese control no se lleva a cabo y los familiares cercanos hacen muy poco o nada para que se realice esa medición periódica. (López R., 2007)

La hipertensión arterial puede ser un efecto como una causa de aterosclerosis, pudiendo favorecer cierto grado de retraso en el inicio de los síntomas de claudicación intermitente en los pacientes con arteriopatía periférica por elevación de la presión, donde los pacientes con hipertensión arterial pueden desarrollar claudicación intermitente cuando la hipertensión arterial es descubierta y tratada.

La enfermedad arterial periférica se da por aterosclerosis de las arterias distales a la aorta que afecta fundamentalmente a las arterias de las extremidades inferiores; la claudicación intermitente es la manifestación más frecuente con la presencia de dolor

de origen isquémico debido a un inadecuado flujo sanguíneo al músculo. (Spiral Flow peripheral vascular graft for treating, 2015)

Los estudios epidemiológicos poblacionales indican que la prevalencia de la enfermedad arterial periférica en la población general oscila entre el 3% y el 18%. Hay un aumento en la prevalencia significativa 15 al 25% en una población mayor de 70 años de edad. (Emdin, Anderson, Callender, Gholamreza, & Khrshidio, 2015)

La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) está sub diagnosticada por el personal de salud en atención primaria porque nos basamos exclusivamente en la presencia de signos de claudicación intermitente, únicamente detectaríamos a un 10-15% de los pacientes con Enfermedad Arterial Periférica, mientras que explorando también los pulsos arteriales se detectaría a alrededor del 50% de los pacientes. Esto significa que con la anamnesis y la exploración física queda sin diagnosticar cerca de la mitad de los pacientes.

Por lo tanto es importante tener como prueba de screening la medición del Índice Tobillo Brazo (ITB) con una Sensibilidad y una Especificidad del 98% como diagnóstico de Enfermedad Arterial Periférica (EAP) y para identificar aquellos con alto riesgo cardiovascular que van a requerir de un control y seguimiento más estrictos. En estudios poblacionales se ha observado que por el descenso de 0,1 del valor del Índice Tobillo Brazo, aumenta el riesgo de presentar un evento vascular mayor en 10,2%. (Guindo, Martínez-Ruiz, Gusi, Punti, & Bermúdez, 2009)

La alta incidencia y prevalencia de la hipertensión y su carácter incapacitante e incluso mortal, su atención no debería seguir centrándose en el tratamiento farmacológico; es necesario detectar los mecanismos que incluyan los efectos

conductuales, cognitivos y emocionales que influyen no sólo en el diagnóstico sino en su manejo y tratamiento. (Santos Costa & Tolstenko Nogueira, 2008)

El personal de salud debe ser capaz de determinar cuáles son los elementos influyentes en la conducta del enfermo, para producir cambios positivos en los estilos de vida inadecuados como son el fumar, sedentarismo, alcoholismo, dieta inadecuada y el estrés, los cuales favorecen el desarrollo de cifras tensionales elevadas.

La medicina familiar al tener los principios de continuidad, integralidad, accesibilidad, nos permite el acercamiento a las familias y comunidad, una de esas actividades están enfocadas en las que tienen enfermedades crónicas como la hipertensión arterial con el fin de desarrollar junto a ellas estrategias para enfrentar la enfermedad como a sus complicaciones.

1.1. Justificación

En la Constitución Ecuatoriana y en los Sistemas de Salud del Ecuador han tomado interés las enfermedades crónicas no transmisibles, por ello se han establecido leyes y normas que amparan los derechos de los pacientes que tiene estos padecimientos. Estas iniciativas buscan mejorar su calidad de vida, ya que las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial traen consigo consecuencias como la enfermedad arterial periférica, lo que conlleva a que el entorno familiar presente cambios en su dinámica familiar que reflejan el sufrimiento del sistema y sus componentes.

En Ecuador no existen estudios sobre cohesión familiar y el presente estudio motiva a fortalecer a la familia como pilar de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas como es la hipertensión arterial que puede llevar al desarrollo de Enfermedad Arterial Periférica como su complicación. Por tanto el

valor práctico del estudio es identificar si la falta de apoyo familiar, el desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, la falta de adherencia al tratamiento y enfermedades concomitantes son factores que determinan el cumplimiento de las metas de control de la presión arterial, por lo tanto el conocimiento en una localidad de estos factores nos permitirá evitar complicaciones vasculares que traen altos costos en los micro, meso y macro sistemas de salud.

Por lo tanto la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ministerio de Salud Pública y el Postgrado de Medicina Familiar propone el siguiente estudio que tendrá como finalidad identificar si la cohesión familiar determina la adherencia al tratamiento antihipertensivo que tiene como consecuencias el desarrollo de Enfermedad Arterial Periférica con el fin de prevenir las complicaciones de esta enfermedad y reducir los costos en la atención de estos pacientes.

El estudio beneficiara a los pacientes hipertensos pertenecientes a la Clínica de enfermos Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de los Rosales de la ciudad de Santo Domingo de los Tsachilas en el año 2016 porque se plantea un mejor control y una evaluación integral biopsicosocial de los pacientes, servirá como guía de base para la prevención temprana de la Enfermedad Arterial Periférica con enfoque en la funcionalidad familiar y comunitaria.

Al establecimiento de salud le permitirá contar con protocolos de intervención, que permita planificar a futuro la adquisición de equipos, medicamentos necesarios para su tratamiento.

En la comunidad los resultados de la presente investigación generarán confianza y credibilidad en el talento humano que labora en el Centro de Salud Los

Rosales; en la prestación de servicios y tratamiento médico de enfermedades no transmisibles.

1.2. Problema de investigación

¿De qué manera la cohesión familiar influye en la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos que fueron diagnosticados de complicaciones vasculares periféricas?

¿En qué medida la cohesión familiar influye en la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos que fueron diagnosticados de complicaciones vasculares periféricas?

¿Existen diferencias entre las tipologías de cohesión sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos y en el desarrollo de complicaciones vasculares periféricas?

1.3. Objetivos.

1.3.1. Objetivo General

Identificar si la cohesión familiar determina la adherencia al tratamiento de los pacientes hipertensos que desarrollaron enfermedad arterial periférica.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Evaluar el grado de cohesión familiar en los pacientes hipertensos de la clínica de crónicos metabólicos del centro de Salud de los Rosales.
- Medir el grado de adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de la clínica de crónicos metabólicos del Centro de Salud de Los Rosales

- Identificar a los pacientes con enfermedad arterial periférica en los pacientes con hipertensión arterial de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de los Rosales.

1.4. Hipótesis

Hipótesis alterna 1

La cohesión familiar influye de forma favorable sobre la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos pertenecientes a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de los Rosales que padecen Enfermedad Arterial Periférica.

Hipótesis alterna 2

Las familias con mayor cohesión (unida y aglutinada) tienen mayor adherencia al tratamiento igual que cualquier otro tipo de familia de los pacientes hipertensos pertenecientes a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de los Rosales que padecen Enfermedad Arterial Periférica.

Hipótesis alterna 3

A mayor grado de cohesión familiar existe más adherencia terapéutica de los pacientes hipertensos pertenecientes a la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de los Rosales que padecen Enfermedad Arterial Periférica.

CAPITULO II.

Revisión Bibliográfica

2.1. Familia

2.1.1. Definiciones

“La organización de las Naciones Unidas señala que la familia es el grupo de personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general a los padres y a los hijos que viven con ellos.”

(Armas Guerra & Díaz Muñoz, 2007)

“Desde la perspectiva de las ciencias sociales, la familia es definida como la unidad social básica formada alrededor de dos o más adultos que viven juntos en la misma casa y cooperan en las actividades económicas, sociales y protectoras en el cuidado de los hijos propios o adoptados”. (Armas Guerra & Díaz Muñoz, 2007)

La familia se conceptualiza como un sistema abierto que interactúa entre sí, que mantiene relaciones hacia afuera con otros sistemas como son las instituciones de salud y/o educación y es la principal red de apoyo social para las personas con dependencia.

La familia es un grupo social primario, donde el individuo se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad. (González Alfonso, González Alfonso, Vázquez González, González Alfonso, & Gómez Pacheco, 2004)

2.2. La Importancia de la Familia y la cohesión familiar

La familia es el primer grupo donde el individuo establece vínculos desde que nace y es un determinante principal en su desarrollo físico y emocional, lo que determina su interacción con las demás personas introduciéndolo a la sociedad. La

familia de manera explícita o implícita impone códigos, normas, reglas, formas de comportamiento y convivencia de manera casi inconsciente a través de la cotidianidad así como nos enseña a responder ante las crisis que llegan a nuestras vidas.

Bowen describe las relaciones que se establecen dentro de la familia, como una unidad emocional que influye significativamente en los pensamientos, sentimientos y acciones del individuo. En el núcleo de la familia el comportamiento de cualquiera de sus miembros va alterar la conducta del resto, debido a que cada unidad mantiene un nivel de interdependencia emocional llevando a los individuos que se encuentren a expensas de la atención, aprobación y el apoyo de los otros por tanto su nivel de dependencia emocional determinará su autonomía.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, permitiendo las expresiones de afecto, crecimiento e interacción de cada uno de sus miembros sobre la base del respeto la autonomía y el espacio del otro. El funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el control de la conducta, flexibilidad, límites, jerarquías y alianzas.

De acuerdo con ello la familia es funcional cuando contiene un nivel de adaptabilidad, cohesión y comunicación; el grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia puede constituir un indicador del tipo de funcionamiento que predomina en el sistema como extremo, de rango medio o balanceado. La cohesión familiar es definida como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen entre sí, incorpora dos funciones recíprocas: la pertenencia familiar y el logro

de autonomía de cada individuo, lo que es posible gracias a la permanente comunicación entre los miembros del sistema. Sus indicadores específicos incluyen; cercanía emocional, límites, fronteras, coaliciones, tiempo, espacio, amistades, toma de decisiones, intereses y recreación. (Ferrer-Honores, Miscán-Reyes, & Pino, 2013).

Según MINUCHIN los límites regulan y definen el flujo de información y energía que ingresa a un sistema familiar para mantener el equilibrio armónico. En una familia funcional los límites son líneas imaginarias que marcan los deberes y obligaciones entre cada uno de los miembros del subsistema; varían de acuerdo a su permeabilidad y la claridad de los mismos dentro de la familia evalúa su funcionalidad y son de tres tipos: claros, difusos, rígidos.

Las fronteras son límites externos y están determinadas por la diferencia en la conducta interaccionar que los miembros de la familia manifiestan en presencia de personas que no son de su familia.

Por alianza se entiende el apoyo a la unión que se dan entre sí mutuamente dos personas, es el compartir intereses sin estar dirigida contra nadie. La coalición en cambio es la unión de dos miembros en contra de un tercero, la coalición divide a la triada y traspasan las fronteras generacionales y llevan a una perturbación en la jerarquía familiar.

Existen 4 niveles de cohesión en los grupos familiares, pudiéndose identificar **familias no relacionadas** que se caracterizan por predominio de límites rígidos, pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y de requerir ayuda cuando lo necesitan; **familias semirelacionadas** en donde las normas se establecen sin fundamento racional, la comunicación suele ser ambigua y contradictoria; **familias**

relacionadas o **unidas** son aquellas que aprovechan los momentos en que están juntos, disfruta de los mismos y pueden superar mejor los momentos de crisis y **familias aglutinadas** cuyas características son límites difusos, tienen un exaltado sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía, la conducta de un miembro de la familia afecta al otro y produce un rápido eco en otros subsistemas. (Cibanal, 2006)

La disfuncionalidad puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar un trastorno y volverlo crónico incidir desfavorablemente en el tratamiento y rehabilitación de cualquier tipo, el individuo desde que nace hasta que muere requiere el apoyo de la familia para enfrentar la enfermedad y lograr la recuperación de forma más rápida.

La importancia de conocer la funcionalidad familiar ha llevado a la elaboración de varios instrumentos que permitan su evaluación entre ellos tenemos:

- Familiograma funcional
- FF-SIL
- Escala de FACES III
- El dibujo del árbol familiar, entre otros:

Para nuestra investigación hemos seleccionado el instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar FACES III que es la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar por sus siglas en inglés, fue diseñada por Olson luego de que el mismo planteara el Modelo Circunflejo de la dinámica familiar. Olson considera que la funcionalidad familiar se equilibra entre dos dimensiones la “escala de adaptabilidad” que conjuga dos funciones: existencia de reglas y flexibilidad por el cambio, y la “escala de cohesión” que incorpora dos funciones: la pertenencia

familiar y el logro de la autonomía de cada individuo. Un esquema de este modelo se vería así:

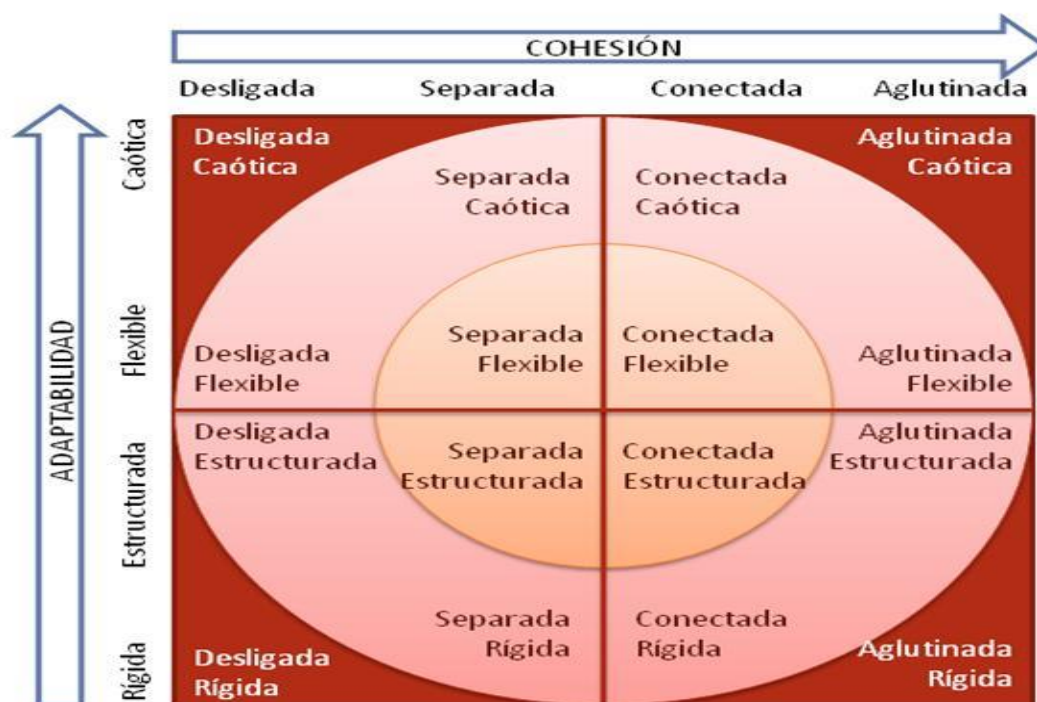


Ilustración 1. Modelo Circunflejo de Olson.

Según el gráfico una familia es funcional cuando logra un equilibrio de las funciones de cohesión (línea horizontal) y adaptabilidad (línea vertical). En el círculo interno se ubican las familias funcionales las mismas que tienen reglas claras de convivencia y a la vez son capaces de cambiar estas reglas dando lugar a flexibilidad necesaria para el desarrollo de la familia a lo largo de su ciclo de vida, da un sentido de pertenencia a cada uno de sus miembros permitiéndoles crecer en autonomía. Por fuera del círculo interno quedarán las familias disfuncionales: Rígidas o Caóticas en el eje de la adaptabilidad; aglutinadas o desvinculadas en el eje de la cohesión, puede generarse combinaciones según prevalezca diversos comportamientos al interior de la familia; obteniendo: Familias fusionadas y rígidas cuando no hay diferenciación de

sus subsistemas y su jerarquía es autoritaria, o familias No relacionadas y caóticas son aquellas que nunca establecieron reglas, donde cada integrante vive por su lado sin sentido de pertenencia ni responsabilidad con el grupo familiar. (Armas Guerra & Díaz Muñoz, 2007)

A partir de este modelo, se ha planteado un cuestionario que ha sufrido varias modificaciones desde el FACES I hasta el FACES III. En este test las preguntas impares evalúan Cohesión (pertenencia y autonomía) y las preguntas pares evalúan Adaptabilidad (reglas y flexibilidad). En nuestra investigación hemos estudiado la escala de cohesión la misma que está constituida por 10 ítems y se distribuyen en 2 ítems para cada uno de los siguientes aspectos:

- Lazos emocionales se evalúan en las preguntas 11-19 (“Nos sentimos muy unidos” “La unión familiar es muy importante.”
- Límites familiares se evalúan en las preguntas 7-5 (“Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia” “ Nos gusta hacer actividades únicamente con nuestra familia más cercana”
- Intereses comunes y recreación se evalúa en las preguntas 13-15 (“Cuando nuestra familia se reúne para realizar actividades, todos están presentes” “ Con facilidad podemos planear actividades en familia”
- Coaliciones se evalúan en las preguntas 1-17 (“Los miembros de la familia solicitan ayuda uno al otro” “Consultamos unos con otros para tomar decisiones”
- Tiempo y amigos se evalúan en las preguntas 9-3 (“Nos gusta pasar el tiempo libre en familia” “Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia”

La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de cohesión, puntuándose de la siguiente manera: 1. Siempre 5 puntos, Casi siempre 4 puntos, Algunas veces 3 puntos, Casi nunca 2 puntos, Nunca 1 punto.

Por su cohesión (Preguntas impares): Familias No relacionadas: 10 a 34 puntos, Familias semirelacionadas: 35 a 40 puntos, Familias relacionadas: 41 a 45 puntos, Familias Aglutinadas: 46 a 50 puntos.

2.3. Familia y Enfermedad Crónica

La enfermedad crónica puede ser progresiva o letal y necesita en la mayoría de las situaciones atención médica continua. La enfermedad crónica no desaparece y puede manifestarse por un sin número de signos y síntomas dependiendo de su etiología, de su evolución y del pronóstico. Entre las enfermedades crónicas se citan las siguientes: epilepsia, diabetes, hipertensión arterial, distrofia muscular, asma, autismo, etc. (Fernández Ortega, 1995)

Por tanto la presencia de la enfermedad aguda, crónica llevará a la familia a un mal funcionamiento, enfrentándola a una crisis no normativa que lleva a una carga emocional de enfermedad que no se "cura"; que necesita de medidas terapéuticas, cambios del estilo de vida tanto en la dieta como en el ejercicio físico, encontrándose con dificultades como son complicaciones físicas que pueden llevar a incapacidad y exigir más a los miembros de la familia. (Santos Costa & Tolstenko Nogueira, 2008).

En respuesta la familia activa mecanismos de autorregulación para permitir su funcionamiento, generando cambios en la conducta de los familiares los mismos que tienen un fin específico, logrando llevar a la familia aún equilibrio o desequilibrio, lo que pone en riesgo a la funcionalidad familiar a la salud del paciente y manejo de la enfermedad.

Por tal motivo la familia procesará todo esto según su propio conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado de pacientes crónicos, posteriormente pondrá en marcha las herramientas con los que cuenta su cohesión, su capacidad de adaptación, así la sistema familiar cambia información y energía con el mundo exterior las fluctuaciones, de origen interno o externo, suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir una correcta homeostasis que asegure un normal funcionamiento del sistema familiar. (Cibanal, 2006)

Las alteraciones provocadas en el sistema familiar con la enfermedad no son específicos, están marcados por las características familiares como son el ciclo familiar, el ciclo individual del enfermo, la solidez familiar, la condición socioeconómico, etc.

La enfermedad crónica o terminal, hace que el paciente sea visto como “diferente” por las necesidades de cuidado y alimentación que su estado físico exige, afectando la relación interfamiliar su autoestima, capacidad de trabajo, llevando a situaciones de stress crónico en el sistema desequilibrando el funcionamiento de la familia y la evolución de la enfermedad. (Fernández Ortega, 1995)

Durante la enfermedad, la familia sufre de forma similar que el paciente provocando cambios dentro del seno familiar, donde el médico familiar debe intervenir, diagnosticar junto con el equipo multidisciplinario.

Dentro de las respuestas adaptativas que genera el sistema familiar, se encuentran las de orden afectivo como son: negación, ira, tristeza, depresión , etc., Se debe considerar la pérdida económica familiar en consultas, medicamentos y

hospitalización, así como la imposibilidad de trabajar por el enfermo lo que disminuirá aún más su ingreso económico, se considera la distribución de espacios necesarios para el cuidado del paciente enfermo. En las familias con bajos recursos económicos se vuelve un problema grave porque se ven imposibilitadas de cuidar al paciente crónico. (Fernández Ortega, 1995)

2.3.1. Factores que condicionan el impacto de la Enfermedad en la Familia

Etapas del ciclo vital: El ciclo familiar es importante porque nos permite observar en que momento de este ciclo la enfermedad sorprende a la familia.

El impacto de la enfermedad es diferente de acuerdo al momento del ciclo vital en el que se encuentre la familia, no será igual que se presenta en una familia que este en plataforma de lanzamiento a una familia en nido vacío. (Fernández Ortega, 1995)

Flexibilidad o rigidez de los roles familiares: La enfermedad provoca una crisis familiar y demanda a la familia una mejor respuesta cuanto más flexible sea mejor. La enfermedad afecta los roles de cada uno de los miembros familiares lo que trae conflictos debidos por lo difícil de ceder los roles de poder la distribución de roles por lo que la familia tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlas, lo que puede traer a la familia conflictos debido a lo difícil de ceder los roles de poder, así como los roles de cuidadores que por cultura se los asigna a la mujer. (Fernández Ortega, 1995)

El paciente logra hacer alianzas y coaliciones con los miembros de la familia, esto genera un mayor estrés, donde los miembros de la familia sentirán culpa, remordimiento, temor lo que con lleva a una mayor rigidez, falta de capacidad y

dificultad para responder a la crisis por enfermedad que no le permite adaptarse a estas nuevas condiciones de dinámica familiar. (Fernández Ortega, 1995)

Cultura Familiar: Los miembros de la familia comparten valores creencias, costumbres lo que interviene en la evolución y desenlace de la enfermedad, porque la familia busca interpretar según el conocimiento que tiene de la enfermedad para generar confianza y sea más fácil aceptar de forma adecuada su enfermedad. Por tanto el médico familiar debe trabajar junto a la familia y sus creencias para lograr un mejor pronóstico. (Fernández Ortega, 1995)

Nivel Socioeconómico: Durante la enfermedad se requiere de una mayor cantidad de recursos económicos para solventar las necesidades de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acomodamiento físico de la vivienda, etc.

El equipo de salud no toma en cuenta la situación económica del paciente y familiares y prescriben medicamentos muy costos, sin importar si el paciente cuenta con los recursos suficientes para adquirirlos y de estudios innecesarios, solo visualizando a los pacientes cuando no mejoran, al ser incumplidores con la dieta indicada, sin mirar a fondo su realidad que no le permite controlar su enfermedad, quizá simplemente estén más preocupado por los problemas en casa que por su salud (Fernández Ortega, 1995)

Comunicación Familiar: En la cultura Latinoamérica es tendencia mantener oculto al enfermo que va a morir es la llamada “conspiración de silencio” que pretende ser entendida como un protección que hacen los familiares, amigos, médico, para que el enfermo no se entere de la enfermedad y para ello evitan hablar del tema, generando un complot alrededor del paciente logrando únicamente

desconfianza del enfermo hacia su familia, médico y desencadenando en él miedo, indecisión lo que trae más conflictos para el sistema familiar y de salud. (Fernández Ortega, 1995)

Tipo de respuesta familiar: Son las interacciones de los miembros de la familia en función del paciente enfermo.

Existen dos patrones de respuesta: **La tendencia centrípeta:** Se refiere a una cohesión interna extrema, aquí los miembros de la familia realizan sus actividades en función del enfermo, siendo el centro de las interacciones captando la parte afectiva y recursos económicos de la familia. (Fernández Ortega, 1995)

La tendencia centrífuga: La conducta de la familia no está relacionada con la situación de la enfermedad, por tanto el cuidado del enfermo lo destinan a una sola persona predominantemente mujer la cual controla la evolución de la enfermedad. La falta de colaboración que hay en estas familias trae consigo graves consecuencias al cuidador. (Fernández Ortega, 1995)

Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflictos: Es un indicador pronóstico que tendrá la enfermedad en el grupo familiar.

No es lo mismo la presencia de una enfermedad crónica en una familia que se encuentra en los momentos más difíciles de su ciclo vital y que ha vivido grandes conflictos que han permitido reorganizarse gracias a su flexibilidad de roles e independencia de cada uno de sus miembros.

Principales síntomas familiares de desajuste por enfermedad: La sombra de la muerte está presente a lo largo de nuestro ciclo vital lo que interfiere con los planes del individuo y de la familia forzándolo a modificarlo en algún momento de su vida; la enfermedad provocará síntomas en el paciente que la padece, así como también

del paciente; los principales síntomas y signos que se encuentra en una familia que vive la enfermedad crónica de alguno de sus miembros son:

Aislamiento y Abandono: La familia en presencia de la enfermedad se aísla y lo hace para asumirla de mejor forma y para lograrlo limita sus relaciones sociales al cuidado del enfermo.

Si la familia se reorganiza para el cuidado de su miembro familiar enfermo de forma disfuncional, puede llevar a que el cuidado del resto de la familia (hijos, pareja) se afecte favoreciendo a nuevos signos y síntomas como son: mal rendimiento escolar, irritabilidad, soledad, depresión, etc. (Fernández Ortega, 1995)

Conflicto de roles y límites: Cuando la familia no logra asumir de forma adecuada los roles familiares durante esta nueva etapa de la vida familiar, traerá dificultades de rigidez, ausencia de límites claros para los subsistemas lo que desencadenará problemas de adaptación para enfrentar la crisis familiar las cuales se reflejarán en luchas internas por el poder, falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de la jerarquía, alianzas entre los miembros, coaliciones, etc. (Fernández Ortega, 1995)

Conflictos de pareja: Ocurren con mucha frecuencia cuando el enfermo es uno de los hijos y coinciden siempre con la existencia de conflictos anteriores. Se caracteriza porque los padres usan el paciente, la enfermedad y el tratamiento para agredirse mutuamente, obteniendo como consecuencia incapacidad para tomar decisiones y asumir acciones necesarias para el tratamiento. (Fernández Ortega, 1995)

Problemas Económicos: Las familias con un enfermo crónico se encuentran frente en un desgaste económico que cada día se vuelve más serio y que conforme avanza el tiempo de enfermedad este va progresando, generando dificultad para mantener

los gastos ocasionados por la enfermedad y terminando en la mayoría de las veces en abandono del tratamiento.

Síndrome del cuidador: Caracterizado por múltiples problemas como osteoarticulares , dolor mecánico crónico, alteraciones del sueño, cefalea, astenia, ansiedad, depresión, aislamiento social, producidas como si se trataran de una transferencia depresiva por parte del enfermo que está a cargo del cuidador que sólo se ocupa del enfermo.

En este síndrome el cuidador deja descuidado su arreglo personal y lo hace como respuesta a un sentimiento de culpa de pensar en él antes del que está enfermo.

Negación, cólera y miedo: “Tanto el paciente como la familia atraviesan por diferentes etapas que son: la negación, ira, negociación, depresión y aceptación que se presentan sin orden de aparición y sin que cada uno de estos sean resueltos con la muerte, hay familias que quedan atrapadas en estas etapas aun cuando el paciente se ha marchado.” (Fernández Ortega, 1995)

La negación es un síntoma que está presente desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, y la sienten tanto la familia como el enfermo, este síntoma provoca en cada uno de los miembros del sistema dudas de que en verdad les está pasando, y al no obtener respuestas satisfactorias, buscan otras opciones como la medicina alternativa hasta la brujería, esto trae como consecuencia retraso en el manejo del paciente y desencadenan un desgaste emocional, físico y económico.

La ira se expresa de formas diferente tanto del paciente hacia su familia y a la inversa. La familia culpa al enfermo por lo que hizo o dejó de hacer, tornándose hostiles con los médicos y el entorno con quienes responden con agresiones, esta etapa es pasajera se resuelve de forma natural. (Fernández Ortega, 1995)

El miedo siempre está presente en la familia, el cuidador y el enfermo, esto se da por la exposición a una tensión emocional que impide a la familia funcionar de manera normal; la angustia que siente la familia solo de pensar que no podrían estar junto a su paciente en el momento de la muerte, o de no poder brindar los cuidados pertinentes al enfermo, o que este descubra que va a morir, o que la situación económica sea intolerable genera mucho estrés especialmente para el cuidador.

Ambivalencia afectiva: Son los sentimientos encontrados en los miembros de la familia, en un momento desean la recuperación del enfermo y que viva y por otro lado desean que todo termine con la muerte del enfermo “que ya deje de sufrir”. La ambivalencia es un síntoma que la familia prefiere no discutir por ser moralmente inaceptable, pero su negación crisis emocionales de ansiedad, culpa y depresión, que puede culminar en un duelo patológico. (Fernández Ortega, 1995)

2.3.2. Vivencia de la Enfermedad

No hay enfermedades, sino enfermos, no todos los pacientes viven de igual forma su enfermedad; diferentes aspectos psicosociales modulan cómo cada paciente experimenta su enfermedad; estos factores son: Personalidad del paciente, sus experiencias vitales, apoyo familiar, entorno socio-cultural. (Winckler, 1999)

Los pacientes con enfermedades crónicas experimentan iguales sentimientos, reacciones como consecuencia de su enfermedad; por tales motivos se debe mirar al paciente como una persona, entender que el daño de los órganos producen sufrimiento, miedo, angustia, soledad, impotencia. Por eso es importante curar y prevenir las enfermedades, como ayudar a paliar el sufrimiento o a morir en paz.

2.4. Adherencia al tratamiento antihipertensivo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que en las enfermedades crónicas, el individuo y su familia deben estar predispuestos, informados y motivados para que en conjunto logren mejorar su automanejo de la enfermedad lo que ayuda adherirse al tratamiento y disminuir las complicaciones asociadas a incapacidades. (Lagos Mendez & Flores Rodriguez, 2014)

El paciente hipertenso en el 90 o 95% requiere de cuidado dentro de su entorno familiar. La familia estimula al paciente a seguir el régimen médico, brinda estrategias y recursos para alcanzar un adecuado cumplimiento, contribuye a fortalecer al enfermo para que mantenga el régimen adecuado y vuelva a su vida normal. Por tanto el apoyo familiar influye en el paciente para mantener adecuados controles de salud y tratamientos, así como iniciar y mantener cambios en los estilos de vida. (González Alfonso, González Alfonso, Vázquez González, González Alfonso, & Gómez Pacheco, 2004)

En la medida que el paciente acepte su diagnóstico y modifique su conducta hacia la toma del medicamento se podría asegurar el cumplimiento en los tratamientos establecidos y de estas acciones dependerá el pronóstico de la enfermedad que puede ser favorable o desfavorable.

Por tanto la falta de adherencia terapéutica evidencia cuando el paciente sigue o no las instrucciones médicas, y mide la aceptación del paciente en el diagnóstico que lo que determina el pronóstico el cual empeorará si el seguimiento de las instrucciones es negativo.

La adherencia o no adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos puede verse influenciada por múltiples factores de distinta naturaleza como: índices bajos

de medicamentos para tratar la enfermedad, complejidad, duración, cantidad de cambio por el régimen terapéutico, inadecuada supervisión médica, insatisfacción del paciente, creencias e inestabilidad familiar. (Lagos Mendez & Flores Rodriguez, 2014)

El hipertenso debe sentir el apoyo de sus seres más queridos, esto contribuirá a evitar situaciones estresantes, compartirán con él en pareja o en grupo la práctica de ejercicios físicos y disminuirán al máximo el consumo de sal en la dieta para todos de manera preventiva. (González Alfonso, González Alfonso, Vázquez González, González Alfonso, & Gómez Pacheco, 2004)

“Buchanan (1992) clasifica la adherencia como: **reducida**, al cumplimiento mínimo del 25% del tratamiento, ésta se lleva a cabo por los pacientes; **parcial**, se define cuando el cumplimiento se lleva a cabo entre el 25 y 75%; **elevada**, es cuando el cumplimiento se sitúa en un 75% y mayor a 75% es **superior**” (Cruz & Nava Galán, 2012)

La hipertensión demanda un gran apoyo familiar para el paciente, pero la familia del enfermo no comprende la importancia de esta convivencia para lograr una adecuada adherencia al tratamiento. El control adecuado de las cifras de presión arterial resulta indispensable para aumentar la esperanza y la calidad de vida del hipertenso, pero abundan los casos en que ese control no se lleva a cabo por que los familiares cercanos hacen muy poco o nada para que se realice esa mediación periódica. (López R., 2007).

El incumplimiento puede ocasionar efectos secundarios propios del tratamiento, llevando a costos elevados por las decisiones de los pacientes basadas a sus creencias, religión, cultura, etc. No debemos olvidar que los pacientes con

enfermedades crónicas como la hipertensión arterial suelen recaer por conflictos al interior de su familia por problemas socioeconómicos que les impiden acceder a su tratamiento.

2.4.1. Factores implicados en el incumplimiento

- Factores relacionados con la enfermedad: Se refiere a la evolución y pronóstico de la enfermedad.
- Factores relacionados con el tratamiento: Ocasionan efectos secundarios como mal sabor, discinesias otros como, eficiencia, dosis y tiempo de acción, duración y complejidad, costos y vía de administración.
- Factores relacionados con el entorno del paciente: Influye la actitud de la familia de la persona enferma y de su tratamiento.
- Factores relacionados con el equipo terapéutico: se refiere a la relación médico paciente y del equipo de salud. (Lagos Mendez & Flores Rodriguez, 2014)

2.4.2. Métodos de Adherencia al Tratamiento

Para determinar la adherencia terapéutica existen diversos métodos, directos como indirectos. Los directos verifican la concentración plasmática (u otros fluidos biológicos) de fármaco utilizado en la terapia, pero resultan ser muy costosos en su aplicación; y los indirectos son los aplicados por medio de una entrevista personalizada o auto cuestionario.

Los métodos indirectos son los más recomendados; sirven para investigar y valorar el cumplimiento en condiciones reales de la práctica clínica, por lo que contribuyen al conocimiento de la efectividad terapéutica en su aplicación son muy

sencillos y económicos. Su principal desventaja se presenta porque la información proviene del mismo enfermo y se pierde un poco de objetividad. (López R., 2007).

Entre los métodos indirectos, el más utilizado es el de Morisky-Green-Levine, por lo que está validado y aplicado en numerosas patologías presenta una alta sensibilidad 55% especificidad 94%, alto valor predictivo positivo, permite clasificar a los pacientes como adherentes o no adherentes al tratamiento mediante cuatro preguntas clave sobre hábitos y comportamiento en la toma de los medicamentos. (Alviz, 2014)

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Lo que valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Además proporciona información sobre las causas del incumplimiento.

2.5. Hipertensión Arterial y Sus Consecuencias

La hipertensión arterial sistémica (HTAS) es frecuente en nuestro medio; afecta a persona en etapas productivas de la vida; no se diagnostica oportunamente por lo que puede ser asintomática hasta que aparece alguna complicación.

Su etiología no es clara, sin embargo existen hallazgos en cuanto a su fisiopatología, como la participación del endotelio vascular y sus productos; la relación fisiopatológica con algunas enfermedades como diabetes, obesidad, etc. (Task Force the Management of arterial hypertension, 2013)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), La Sociedad Internacional de Hipertensión y el Comité Nacional Conjunto Estadounidense han establecido que la hipertensión arterial se diagnostica cuando la Presión Arterial Diastólica es superior

o igual a 90 mmHg o la Presión Arterial Sistólica es superior o igual a 140 mmHg. La hipertensión arterial afecta a 1 de cada 4-5 adultos, dado a que su prevalencia aumenta con la edad y con el envejecimiento de la población.

La hipertensión arterial por su etiología se divide en: **Primaria o esencial** la cual se da entre las edades de 30 y 50 años, es asintomática hasta que aparece daño en alguno de los órganos diana después de 10 a 20 años de evolución. Existe predisposición genética con una incidencia del doble en quienes tienen un pariente cercano con hipertensión. (Task Force the Management of arterial hypertension, 2013)

La presión arterial aumenta por el incremento del volumen sanguíneo o por la resistencia periférica; existe resistencia a la insulina en músculos periféricos de pacientes hipertensos, la hiperinsulinemia sirve como un estímulo para hipertrofia vascular.

Se han investigado factores presores e hipertróficos; como el factor relajante derivado del endotelio (óxido nítrico) y la endotelina son factores que probablemente estén relacionados con la hipertensión.

La hipertensión arterial secundaria: Dentro de las causas las enfermedades parenquimatosas del riñón, las vasculares son las principales en niños y ancianos. Las entidades que se presentan son: Enfermedad renal parenquimatosa, enfermedad renovascular, feocromocitoma, síndrome de Cushing, aldosteronismo primario.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo para complicaciones cardiovasculares, renales, del sistema nervioso central, sus efectos adversos ocurren en la mayoría de todos los órganos de nuestro cuerpo. (Task Force the Management of arterial hypertension, 2013)

Es de utilidad clasificar la presión arterial por daño a órgano blanco: **ESTADIO I:** Sin datos objetivos de daño. **ESTADIO II:** Uno o más de los siguientes: Hipertrofia del ventrículo izquierdo, estrechamiento focal o generalizado de las arterias retinianas, proteinuria o elevación de creatinina sérica $> 2\text{mg/dl}$, evidencia ultrasonografía de placas ateroscleróticas (carotídea, aortica, iliaca y femoral). **ESTADIO III:** Signos y síntomas, como resultado de lesión de órgano blanco: Corazón; angina de pecho, insuficiencia cardíaca; cerebro: ataque isquémico transitorio, ECV isquémico o hemorrágico cerebral, encefalopatía hipertensiva; ojos; hemorragia, exudados y desprendimiento de retina; riñón; creatinina sérica $>2\text{ mg/dl}$, insuficiencia renal; vasos; aneurisma desecante, síntomas de enfermedad arterial oclusiva. (Task Force the Management of arterial hypertension, 2013)

La incidencia y prevalencia de la hipertensión no solo se debe concentrar en el tratamiento terapéutico; se debe detectar los mecanismos que involucran efectos conductuales, cognitivos y emocionales que influyen en el diagnóstico sino en su manejo y tratamiento y en prevenir sus complicaciones. (Santos Costa & Tolstenko Nogueira, 2008).

Por tal motivo uno de los objetivos de esta investigación es poner interés en una de las complicaciones microvasculares de la hipertensión arterial como es la enfermedad arterial periférica. La hipertensión arterial es probablemente, tanto un efecto como una causa de aterosclerosis, pudiendo favorecer cierto grado de retraso en el inicio de los síntomas de claudicación intermitente en los pacientes con arteriopatía periférica por elevación de la presión de perfusión central, por lo cual no

es extraño que los pacientes con hipertensión arterial desarrollan claudicación intermitente cuando la hipertensión arterial es descubierta y tratada.

2.5.1. Enfermedad Arterial Periférica

Es la obstrucción aterosclerótica de las arterias distales a la aorta que afecta a las arterias de las extremidades inferiores; la manifestación es la claudicación intermitente y se da por dolor de naturaleza isquémica por un inadecuado flujo sanguíneo al músculo. (Spiral Flow peripheral vascular graft for treating, 2015).

Estudios epidemiológicos revelan la prevalencia de enfermedad arterial entre el 3% y el 14%. Hay un aumento en la prevalencia significativa 15 al 25% en una población mayor de 70 años de edad. (Emdin, Anderson, Callender, Gholamreza, & Khrshidio, 2015) (Emdin.

Los factores predisponentes para el desarrollo de enfermedad arterial periférica son el sexo masculino, que es mayor en relación al femenino, la edad en pacientes más jóvenes debido a que en edades avanzadas no hay diferencia y en pacientes de etnia negra en (7,8%) que en los de etnia blanca (4,4%). (Romero Carro, 2010)

La diabetes es considerado como factor de riesgo donde el aumento del 1% de hemoglobina glicosilada, aumenta el riesgo de enfermedad arterial periférica en un 25%, el tabaco se asocia en el desarrollo de enfermedad arterial periférica, siendo 7 veces mayor en pacientes ex fumadores. (Romero Carro, 2010)

La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) está sub diagnosticada por el personal de salud en atención primaria porque nos basamos exclusivamente en la presencia de signos de claudicación intermitente, únicamente detectaríamos a un 10-15% de los pacientes con Enfermedad Arterial Periférica, mientras que explorando también los pulsos arteriales se detectaría a alrededor del 50% de los pacientes. Esto significa que

con la anamnesis y la exploración física queda sin diagnosticar cerca de la mitad de los pacientes.

Por lo que es importante tener como prueba de screening la medición del Índice Tobillo Brazo (ITB) con una Sensibilidad y una Especificidad del 98% como diagnóstico de Enfermedad Arterial Periférica (EAP) y para identificar a los pacientes con alto riesgo cardiovascular que van a requerir de un control y seguimiento más estrictos de los mismos. En estudios poblacionales se ha observado que por el descenso de 0,1 del valor del Índice Tobillo Brazo, aumenta el riesgo de presentar un evento vascular mayor en 10,2%. (Guindo, Martínez-Ruiz, Gusi, Punti, & Bermúdez, 2009). Los objetivos del índice tobillo brazo son:

- Localizar el nivel de la lesión por la diferencia de presiones entre segmentos lo que indica el nivel de obstrucción.
- Informar de la evolución de la enfermedad y del éxito o fracaso tras la cirugía.
- Un índice tobillo brazo (ITB) alterado indica un alto riesgo de sufrir morbimortalidad cardiovascular.

2.5.1.1. Técnica para realizar el índice tobillo brazo (ITB):

El paciente debe estar en reposo en decúbito supino por 10 minutos para reallizar el Índice Tobillo Brazo (ITB). (Romero Carro, 2010)

Se mide la presión braquial de ambos miembros superiores, se detecta la arteria humeral e insuflamos el manguito hasta la desaparición del flujo, posteriormente se desinsufla el manguito hasta escuchar la frecuencia sistólica. (Romero Carro, 2010)

Medimos la presión del tobillo de ambos miembros inferiores, detectamos la arteria pedía y tibial posterior e insuflamos el manguito hasta la desaparición del

flujo, se des insufla el manguito hasta escuchar la frecuencia sistólica. (Romero Carro, 2010)

El Índice Tobillo Brazo (ITB) se obtiene de la mayor de las presiones sistólicas del tobillo de la tibia posterior o pedía de ambas extremidades dividido para el resultado de la mayor presión sistólica del brazo de ambas extremidades. El índice tobillo brazo es el resultado menor de los ITB anteriores

2.5.1.2. Interpretación del índice tobillo brazo (ITB):

No valorable: $> 1,31$.

Normal: entre 0,9 a 1,3.

EAP Leve – Moderada: entre 0,91 a 0,41.

EAP Grave: $< 0,40$.

2.5.1.3. Actuación según resultado del índice tobillo brazo (ITB)

SUGESTIVO DE NORMALIDAD DE 0,9 – 1,2: Si no presenta clínica ni exploración compatible con EAP, repetir a los 2 – 3 años. En caso de duda derivar al especialista aunque se den valores entre 0,9 – 1,1”. (Romero Carro, 2010)

SUGESTIVO DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA $< 0,90$:

1. Optimizar el control de los factores de riesgo. 2. Inicio del tratamiento médico y ergo métrico. 3. Normas autocuidado de pies y revisiones periódicas. 4. Control anual. Derivar al especialista si: $ITB > 0,5$, claudicación invalidante, dolor en reposo, ulcera o gangrena.” (Romero Carro, 2010)

SUGESTIVO DE CALCIFICACION $> 1,25$: 1. Optimizar el control de factores de riesgo cardiovascular e iniciar el tratamiento médico (descartar diabetes e insuficiencia renal crónica). 2. Normas de autocuidado de pies y revisiones periódicas. 3. Control anual y derivar si hay clínica”. (Romero Carro, 2010)

2.5.1.4. Indicaciones del índice tobillo brazo (ITB)

- Pacientes menores de 50 años diabéticos y con algún factor de riesgo aterosclerótico (tabaco, hipertensión arterial)
- Pacientes de 50 a 69 años fumadores o diabéticos.
- Pacientes mayores de 70 años.
- Pacientes con síntomas sugestivos de claudicación intermitente o dolor isquémico en reposo.
- Pulsos anormales en miembros inferiores.
- Aterosclerosis conocida (coronaria, carotídea, renal) (Romero Carro, 2010)

2.5.1.5. Limitaciones del índice tobillo brazo

- En los pacientes ancianos, pacientes diabéticos e insuficientes renales por ser frecuentes las arterias calcificadas.
- Pacientes con estenosis graves, pero con redes colaterales abundantes.
- Confusión entre arteria y vena. (Romero Carro, 2010)

El personal de salud debe ser capaz de determinar cuáles son los elementos influyentes en la conducta del enfermo, para producir cambios positivos en los estilos de vida inadecuados como son el fumar, sedentarismo, alcoholismo, dieta inadecuada y el estrés, los cuales favorecen el desarrollo de cifras tensionales elevadas.

La medicina familiar al tener los principios de continuidad, integralidad, accesibilidad, nos permite el acercamiento a las familias y comunidad, sobre todo en aquellas que tienen enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, dándonos la oportunidad de hacer el acompañamiento y seguimiento para desarrollar junto a ellas estrategias para enfrentar tanto a la enfermedad como a sus complicaciones.

CAPITULO III.

Metodología.

3.1. Tipo de estudio.

Estudio analítico de Corte Transversal que nos permite estudiar simultáneamente la exposición y la enfermedad en un momento determinado. Sin embargo no es posible determinar si la exposición precedió a la enfermedad o viceversa.

3.2. Muestra.

El cálculo de la muestra se realizó a través de muestreo aleatorio simple con una prevalencia del 14% que corresponde a la prevalencia mundial de hipertensión arterial, con un IC del 95% y un error inferencial del 5% dando un total de 184, sin embargo se debe incrementar un valor de 10% por posibles pérdidas o deserciones. Finalmente contamos con un valor de 206 además se realizó una llamada telefónica a aquellos asignados hasta completar la muestra.

Para la cohesión familiar se utilizó la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circunflejo de Olson: la cohesión y la flexibilidad familiar.

En el análisis estadístico se escogió las preguntas que evalúan cohesión familiar: (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19). Además se recodificó los resultados de las encuestas clasificándoles según el Modelo de Olson en familias extremas (Aglutinadas y No relacionadas) y familias equilibradas (Relacionadas, Semirelacionadas).

Para adherencia al tratamiento se utilizó el Test de Morisky-Green, que consiste en 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta

del enfermo respecto al cumplimiento (Se requiere de una pregunta afirmativa para clasificarle como no adherente).

Se utilizó la medición del Índice Tobillo Brazo (ITB), la misma es una prueba diagnóstica no invasiva con alta sensibilidad y especificidad con un 98% que determina la presencia de Enfermedad Arterial Periférica y predice la morbimortalidad cardiovascular. Un Índice Tobillo Brazo patológico se asocia con alto riesgo de arterioesclerosis en otros lechos vasculares.

3.3. Criterios Inclusión y Exclusión

3.3.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años.
- Pacientes que acepten participar en el estudio previo a la firma del consentimiento informado.
- Pacientes que tengan diagnóstico de hipertensión arterial y que pertenezcan a la Clínica de Enfermos Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de los Rosales en el año 2016.

3.3.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten formar parte del estudio de investigación.
- Pacientes que no tengan diagnóstico de hipertensión arterial.
- Pacientes con hipertensión arterial que presenten amputación de extremidades.
- Pacientes que deseen retirarse en el momento de la realización del estudio.

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

TABLA 1. VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Género	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Cualitativo	Hombre/ Mujer	Proporción
Edad	Años de vida de una persona	Cuantitativo	Años	Media
Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales	Autodefinición étnica.	Mestizo Negra Blanca Indígena Afroecuatoriano	mediana, media
Cohesión Familiar	Límites emocionales y grado de autonomía que cada uno de los miembros experimenta dentro de su sistema familiar	La cohesión es medida por la suma de los valores de 10 ítems que evalúa: Lasos emocionales (11 - 19) Límites familiares (5 - 7) Intereses comunes y recreación (13 - 15) Coaliciones (1 -17) Tiempo y amigos (9 -13) DESLIGADA: Familia con predominio de límites rígidos, pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad, pertenencia y de requerir ayuda cuando lo necesitan. SEPARADA: Las normas se establecen sin fundamento racional, la	DESLIGADA: 10 a 34 AGLUTINADA: 46 a 50 SEPARADA: 35 a 40 UNIDA: 41 a 45	Ordinal Nunca: 1 Casi nunca: 2 Algunas veces:3 Casi siempre: 4 Siempre: 5

		<p>comunicación suele ser ambigua y contradictoria.</p> <p>UNIDA: Aprovecha los momentos en que están juntos, disfruta de los mismos y pueden superar mejor los momentos de crisis.</p> <p>AGLUTINADA: Familia con límites difusos, tienen un sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía, la conducta de un miembro de la familia afecta al otro y produce un rápido eco en otros subsistemas.</p>		
Adherencia al tratamiento	Cumplimiento de dosis y forma de administración	<p>Cuatro respuestas negativas representan adherencia.</p> <p>Una o más respuestas positivas representan no adherencia</p>	SI/ NO	<p>Nominal</p> <p>1,¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?: SI / NO</p> <p>2,¿Toma la medicación a la hora indicada?: SI / NO</p> <p>3.- Cuándo se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?: SI / NO</p> <p>4.-Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación? SI / NO</p>

Enfermedad Arterial Periférica	Es una obstrucción aterosclerótica de las arterias distales a la aorta que afecta fundamentalmente a las arterias de las extremidades inferiores.	Índice Tobillo Brazo: Es el índice obtenido del cociente entre presión arterial sistólica de arteria pedía o arteria tibial posterior con la presión arterial sistólica de arteria braquial.	ITB: Normal: >0.90 Leve: 0.90 -0.70 Moderado: 0.69-0.40 Grave: < 0.40	Nominal Normal Leve Moderado Grave

Elaborado por: Los Autores

3.5. Procedimiento de recolección de la Información

Tomando como referencia la base de datos de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de salud de los Rosales, se procedió a contactar a los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial mediante vía telefónica para invitarles a cada uno de ellos a formar parte de la investigación cuyo tema es” INFLUENCIA DE LA COHESION FAMILIAR SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE DESARROLLARON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA DE LA CLINICA DE ENFERMOS CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE LOS ROSALES EN EL AÑO 2016”, además se informó que este estudio se realizó a partir del mes de Julio a Noviembre del año 2016, por lo que se elaboró y se firmó un documento de consentimiento informado suscrito por el paciente participante de esta investigación donde no hay ningún tipo de riesgo para la vida del paciente, se aplicaron encuestas las mismas que fueron de absoluta confidencialidad y quedaron en los archivos del establecimiento de Salud.

La recolección de datos se realizó en consulta externa como actividades programadas para su atención para lo cual se llamó a los pacientes en grupos de 10 por agendamiento para la realización del Índice Tobillo Brazo e instrumentos validados como son: los test de Morisky-Green y FACES-III los mismos que al aplicarse a cada paciente se lo realizó de forma individualizada sin ningún tipo de presión, direccionamiento o intervención de los investigadores.

Para la toma del índice tobillo brazo se realizó con un detector de pulso por sistema doppler 8MHZ, se pidió al paciente que permanezca en decúbito supino y se procedió a localizar el pulso pedio colocando el transductor a un ángulo aproximado de 60° con la arteria para obtener la mejor señal del flujo, mientras el segundo operador insufla el mango del tensiómetro cada 10mmHg hasta que la señal deje de ser audible a continuación procedemos a reducir gradualmente la presión cada 3 mmHg hasta que reaparezca la señal que corresponde a la presión sistólica de la arteria pedía y /o tibial posterior según el grado de dificultad para encontrar el pulso, e igualmente el procedimiento para la presión sistólica de la arteria braquial.

Posterior a esto se calculan los índices mediante la división del valor pedio/ braquial, obteniendo el índice tobillo brazo derecho e izquierdo, de los cuales elegiremos el de menor valor.

3.6. Plan de Análisis de datos

Se aplicaron el consentimiento informado y cada uno de los instrumentos, se realizó la depuración de la base de datos e inconsistencias que pudieran sesgar la investigación y para el análisis de datos se aplicó el test de Chi-cuadrado de Pearsdon y razones de ventajas (OR), y para el procesamiento de los datos fue analizada en el paquete estadístico Statiscal Package for the Social Sciences, versión 23 (SPSS- 23).

Se analizó en estadística descriptiva las variables que comprenden aspectos sociodemográficos, adherencia al tratamiento, cohesión familiar y Enfermedad Arterial Periférica

3.7. Técnica de Análisis de datos

Para realizar el análisis de asociación de variables cualitativas se utilizó Chi-cuadrado, se verificó su significancia estadística, razones de ventajas (OR) cruzadas y ajustadas además de sus (IC 95%)

3.8. Aspectos Bioéticos

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos.

En esta investigación se protegió la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participaron en la investigación; las mismas que se encuentran codificadas en orden ascendente en la base de datos de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud de Los Rosales lo que garantizó su confidencialidad e integridad.

No se conocen los datos originales de identificación de los participantes. La protección de las personas que forman parte de este estudio es de completa responsabilidad de los autores de esta investigación a pesar que los participantes hayan otorgado su consentimiento.

El estudio se realizó en los pacientes de la Clínica de Crónicos Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales será medición del índice tobillo brazo y se aplicó la

escala FACES III, escala Morisky-Green y no involucra experimentación alguna ni contraviene las normas éticas establecidas en la Declaración de Helsinki.

Se contó con la aprobación del Director del Centro de Salud Los Rosales para la utilización de los recursos necesarios para este estudio. Se anexa hoja de consentimiento informado.

CAPITULO IV

Resultados

4.1. Características de la población estudiada.

El tamaño de la muestra para el estudio fue de 206 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión con un rango de edad de 34 a 89 años con una media de 63 años; en cuanto a la distribución por género El estudio evidenció que el 80,1% fue de sexo femenino, con una relación 4:1.

4.2. Estadísticos Descriptivos

4.2.1. Características Sociodemográficas

En la Tabla 2, al analizar la variable edad el estudio evidenció un rango de edad entre 34 a 89 años, con una media de 63 años.

Tabla 2. Distribución de la población por la edad (n=206)

N	
Válidos	206
Perdidos	0
Media	63,0
Mediana	63,0
Moda	61
Desviación Estándar	10,6
Asimetría	0,016
Error Estándar de Asimetría	0,169
Mínimo	34
Máximo	89

Elaborado por: Los Autores

En la Tabla 3, la dispersión de la edad tuvo una distribución normal con valores escasos para las edades extremas con una media de 63 años, razón por la cual se dicotimizó la variable en dos: menores y mayores de 65 años, predominando los menores de 65 años.

Tabla 3. Distribución de la población por edad agrupada (n=206)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Hasta 65 años	123	59,7	59,7	59,7
Más de 65 años	83	40,3	40,3	100,0
Total	206	100,0	100,0	

Elaborado por: Los Autores

En la Tabla 4, La distribución por género de una muestra de 206 pacientes el estudio evidenció, que el 80,1% fue de sexo femenino, con una relación 4:1

Tabla 4. Distribución de la población por sexo (n=206)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Femenino	165	80,1	80,1	80,1
Masculino	41	19,9	19,9	100,0
Total	206	100,0	100,0	

Elaborado por: Los Autores.

En la Tabla 5, al analizar la variable de nivel de instrucción el 62,6% tuvo la escolaridad primaria seguida de 22,3% de escolaridad secundario y sin instrucción 13,6%.

Tabla 5. Distribución de la población por nivel de instrucción (n=206)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Sin Instrucción	28	13,6	13,6	13,6
Primaria	129	62,6	62,6	76,2
Secundaria	46	22,3	22,3	98,5
Superior	3	1,5	1,5	100,0
Total	206	100,0	100,0	

En la Tabla 6, la variable etnia el estudio encontró que de la muestra de 206 pacientes se auto identificaron como mestizos el 96,6%, y afrodescendientes con el 2,9%.

Tabla 6. Distribución de la población por etnia (n=206)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Mestizo	199	96,6	96,6	96,6
Afrodescendiente	6	2,9	2,9	99,5
Otros	1	0,5	0,5	100,0
Total	206	100,0	100,0	

Elaborado por: Los Autores

En la Tabla 7, En relación a los años de enfermedad de los pacientes hipertensos el 37,4% tuvo más de 10 años, seguido por el 34,5% entre 5-10 años.

Tabla 7. Distribución de la población por años de enfermedad (n=206)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
<5	58	28,2	28,2	28,2
5-10	71	34,5	34,5	62,6
>10	77	37,4	37,4	100,0
Total	206	100,0	100,0	

Elaborado por: Los Autores.

4.2.2. Caracterización de la población en relación a Cohesión Familiar, Adherencia al Tratamiento y Enfermedad Arterial Periférica.

4.2.2.1. Análisis Univariado

En la Tabla 8, al analizar cohesión familiar como univariable, el estudio encontró que el 57,3% son familias aglutinadas, seguidas por las familias relacionadas en un 20,9%, semirelacionadas 14,1% y no relacionadas 7,8%.

Tabla 8. Distribución de la población por cohesión familiar (n=206)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
No Relacionada	16	7,8	7,8	7,8
Semirelacionada	29	14,1	14,1	21,8
Relacionada	43	20,9	20,9	42,7
Aglutinada	118	57,3	57,3	100,0
Total	206	100,0	100,0	

Elaborado por: Los Autores.

En la Tabla 9, para un mejor análisis se decide dicotimizar a la cohesión familiar según Olson en familias extremas 64,6% y familias equilibradas en el 35,4% en una muestra de 206 pacientes.

Tabla 9. Distribución de la población por cohesión familiar agrupada (n=206)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido Extremas	133	64,6	64,6	64,6
Equilibradas	73	35,4	35,4	100,0
Total	206	100,0	100,0	

Elaborado por: Los Autores

En la Tabla 10, en relación a la adherencia al tratamiento, este estudio encontró el 53,9% de los pacientes hipertensos fue NO adherente.

Tabla 10. Distribución de la población por adherencia al tratamiento (n=206)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido SI	95	46,1	46,1	46,1
NO	111	53,9	53,9	100,0
Total	206	100,0	100,0	

Elaborado por: Los Autores.

En la Tabla 11, el estudio encontró una prevalencia 11,2% de enfermedad arterial periférica leve a moderada.

Tabla 11. Distribución de la prevalencia de enfermedad arterial periférica (n=206)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Leva a Moderado	23	11,2	11,2	11,2
Normal	176	85,4	85,4	96,6
No Valorable	7	3,4	3,4	100,0
Total	206	100,0	100,0	

Elaborado por: Los Autores

4.2.2. 2. Análisis Bivariado

En la Tabla 12, el estudio demostró que el 33,9% de las familias extremas si son adherentes al tratamiento en relación al 23,3% de las familias equilibradas que no son adherentes

Tabla 12. Distribución de la población entre cohesión y adherencia al tratamiento (n=206)

	Adherencia		Total
	SI	NO	
Fases III Dicotimizado Extremas	70	63	133
Equilibradas	25	48	73
Total	95	111	206

Elaborado por: Los Autores

En la Tabla 13, al analizar la cohesión familiar y enfermedad arterial periférica. El estudio encontró que el 8,2% de las familias extremas desarrolló enfermedad arterial periférica leve a moderada en relación al 2,9% de las familias equilibradas.

Tabla 13. Distribución de la población entre cohesión familiar y enfermedad arterial periférica (n=206)

		Indice T/B (agrupado)			Total
		EAP leve a moderada	Normal	No valorable	
Fases III Dicotimizada	Extrema	17	113	3	133
	Equilibradas	6	63	4	73
	Total	23	176	7	206

Elaborado por: Los Autores.

En la Tabla 14, la adherencia al tratamiento y enfermedad arterial periférica el estudio evidenció que el 7,3% de los pacientes con enfermedad arterial periférica no son adherentes al tratamiento.

Tabla 14. Distribución de la población por adherencia al tratamiento y enfermedad arterial periférica (n=206)

		Indice T/B (agrupado)			Total
		EAP leve a moderada	Normal	No valorable	
Adherencia	SI	8	84	3	95
	NO	15	92	4	111
	Total	23	176	7	206

Elaborado por: Los Autores.

4.3. Tablas de Contingencia

El estudio encontró que los pacientes hipertensos hasta los 65 años (42,2%) pertenecen a familias extremas, en relación con los pacientes de más de 65 años que pertenecen a las familias equilibradas (17,9%).

Al realizar el análisis entre cohesión familiar y edad se encontró asociación significativa (OR: 1,944; IC 95% 1,087-3,477; p=0,018).

En la Tabla 15, se evidencia que los pacientes hipertensos de las familias equilibradas (23,3%) no tienen adherencia terapéutica, en relación a las familias extremas si adherentes al tratamiento (33,9%).

La tasa de adherencia terapéutica es dos veces mayor en las familias extremas (OR: 2,133; IC 95% 1,181- 3,853 $p= 0.008$), esta asociación es estadísticamente significativa

No se encontró asociación entre cohesión familiar y sexo (OR: 1,326; IC 95% 0,721 – 2,439 $P= ns$), etnia, años de enfermedad, nivel instrucción, índice tobillo brazo ($p= ns$).

Tabla 15. Frecuencias y comparación con cohesión familiar

VARIABLE	GRUPO TOTAL (n= 206 (%))	COHESION	FAMILIAR	P
		EXTREMAS (n= 133(64,6%))	EQUILIBRADAS (n= 73 (35,4%))	
SEXO				NS
Femenino	165 (80,1%)	104 (50,4%)	61 (29,6%)	
Masculino	41 (19,9%)	29 (14%)	12 (5,8%)	
EDAD				0,018
Hasta 65 años	123 (59,7%)	87 (42,2%)	36 (17,4%)	
Más de 65 años	83 (40,3%)	46 (22,3%)	37 (17,9%)	
ETNIA				NS
Mestiza	199 (96,6%)	127 (61,6%)	72 (34,9%)	
Afro descendiente	6 (2,9%)	5 (2,4%)	1 (0,48%)	
Otros	1 (0,5%)	1(0,5%)	-	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN				NS
Sin instrucción	28 (13,6%)	16 (7,7%)	12 (5,82%)	
Primaria	129 (62,6%)	85 (41,2%)	44 (21,3%)	
Secundaria	46 (22,3%)	30 (14,5%)	16 (7,7%)	
Superior	3 (1,5%)	2 (1%)	1 (0,5%)	
AÑOS DE ENFERMEDAD				NS
< 5 años	58 (28,2%)	38 (18,4%)	20 (9,7%)	
5 a 10 años	71 (34,5%)	46 (22,3%)	25 (12,1%)	
>10 años	77 (37,4%)	49 (23,8%)	28 (13,6%)	
ADHERENCIA TRATAMIENTO				0,008
SI	95 (46,1%)	70 (33,9%)	25 (12,1%)	
NO	111 (53,9%)	63 (30,5%)	48 (23,3%)	
INDICE TOBILLO BRAZO				NS
EAP Leve a Moderado	23 (11,2%)	17 (8,2%)	6 (2,9%)	
Normal	176 (85,4%)	113 (54,8%)	63 (30,5%)	
No valorable	7 (3,4%)	3 (1,4%)	4 (1,94%)	

Elaborado por: Los Autores

Los datos se presentan en frecuencia y porcentaje (%); El nivel de significancia estadística (según X^2 o t); familias extremas vs equilibradas; NS= No Significante; Dato no procede comparación o dato ausente (0)

En la Tabla 16, se encontró que la adherencia terapéutica se asocia significativamente con el sexo femenino que no es adherente 46,1% (OR: 1,826; IC: 95% 1,038 – 3,211; $p=0,025$),

La adherencia terapéutica se asocia significativamente con la cohesión familiar de las familias extremas 33,9% (OR: 2,133; IC 95% 1,181- 3,853 $p= 0.008$).

No se encontró una asociación significativa entre adherencia terapéutica y datos sociodemográficos.

Tabla 16. Frecuencia y comparación con adherencia al tratamiento

VARIABLE	GRUPO TOTAL (n= 206 (%))	ADHERENCIA	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	P
		SI (n=95(46,1%)	NO (n=111(53,9%)	
SEXO				0,025
Femenino	165 (80,1%)	70 (33,9%)	95 (46,1%)	
Masculino	41 (19,9%)	25 (12,1%)	16 (7,7%)	
EDAD				NS
Hasta 65 años	123 (59,7%)	58 (28,1%)	65 (31,5%)	
Más de 65 años	83 (40,3%)	37 (17,9%)	46 (22,3%)	
ETNIA				0,084
Mestiza	199 (96,6%)	94 (45,6%)	105 (50,9%)	
Afro descendiente	6 (2,9%)	1 (0,48%)	5 (2,41%)	
Otros	1 (0,5%)	-	1 (0,5%)	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN				NS
Sin instrucción	28 (13,6%)	15 (7,2%)	13 (6,3%)	
Primaria	129 (62,6%)	56 (27,1%)	73 (35,4%)	
Secundaria	46 (22,3%)	22 (10,6%)	24 (11,6%)	
Superior	3 (1,5%)	2 (1%)	1 (0,5%)	
AÑOS DE ENFERMEDAD				NS
< 5 años	58 (28,2%)	26 (12,6%)	32 (15,5%)	
5 a 10 años	71 (34,5%)	29 (14%)	42 (20,4%)	
>10 años	77 (37,4%)	40 (19,4%)	37 (17,9%)	
COHESION FAMILIAR				0.008
Extremas	133 (64,6%)	70 (33,9%)	63 (30,5%)	
Equilibradas	73 (35,4%)	25 (12,1%)	48 (23,3%)	
INDICE TOBILLO BRAZO				NS
Leve a Moderado	23 (11,2%)	8 (3,8%)	15 (7,3%)	
Normal	176 (85,4%)	84 (40,7%)	92 (44,6%)	
No Valorable	7 (3,4%)	3 (1,4%)	4 (1,9%)	

Elaborado por: Los Autores.

Los datos se presentan en frecuencia y porcentaje (%), el nivel de significancia estadística (según X^2 o t); adherencia SI / NO, NS= No Significante, dato no procede comparación o dato ausente (0)

En la tabla 17, se muestra una asociación débil (Chi- cuadrado con gl 6 $p=0.086$) con nivel de instrucción primaria. Se observa que no existe una correlación significativa entre enfermedad arterial, adherencia al tratamiento, cohesión familiar, y variables demográficas ($p=ns$).

La enfermedad arterial periférica leve a moderada obtuvo una prevalencia (11,2%), en donde el sexo femenino corresponde (7,2%) en relación (3,8%) sexo masculino. La edad de aparición es similar en ambos rangos de hasta 65 años y más de 65 años, en pacientes mestizos (10,6%), con instrucción primaria (6,3%), sin diferencias en los años de enfermedad, con cohesión familiar extrema (8,2%) y sin adherencia al tratamiento (7,2%).

Tabla 17. Frecuencias y comparación con índice tobillo brazo

VARIABLE	GRUPO TOTAL (n= 206 (%))	INDICE TOBILLO BRAZO				P
		LEVE MODERADA (n=23(11,2%))	A	NORMAL (n=176(85,4%))	NO VALORABLE (n= 7(3,4%))	P
SEXO						NS
Femenino	165 (80,1%)	15 (7,2%)		149 (72,3%)	1 (0,48%)	
Masculino	41 (19,9%)	8 (3,8%)		27 (13,1%)	6 (2,9%)	
EDAD						NS
Hasta 65 años	123 (59,7%)	11 (5,3%)		107 (51,9%)	5 (2,4%)	
Más de 65 años	83 (40,3%)	12 (5,8%)		69 (33,5%)	2 (0,9%)	
ETNIA						NS
Mestiza	199 (96,6%)	22 (10,6%)		170 (82,5%)	7 (3,3%)	
Afro descendiente	6 (2,9%)	1 (0,4%)		5 (2,4%)	—	
Otros	1 (0,5%)	-		1 (0,5%)	—	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN						0,086
Sin instrucción	28 (13,6%)	6 (2,9%)		21 (10,2%)	1 (0,4%)	
Primaria	129 (62,6%)	13 (6,3%)		113 (54,8%)	3 (1,4%)	
Secundaria	46 (22,3%)	4 (1,9%)		39 (18,9%)	3 (1,4%)	
Superior	3 (1,5%)	—		3 (1,5%)	—	
AÑOS DE ENFERMEDAD						NS
< 5 años	58 (28,2%)	8 (3,8%)		48 (23,3%)	2 (0,9%)	
5 a 10 años	71 (34,5%)	8 (3,8%)		60 (29,1%)	3 (1,4%)	
>10 años	77 (37,4%)	7 (3,4%)		68 (33%)	2 (0,9%)	
COHESION FAMILIAR						NS
Extremas	133 (64,6%)	17 (8,2%)		113 (54,8%)	3 (1,4%)	
Equilibradas	73 (35,4%)	6 (2,90%)		63 (30,5%)	4 (1,9%)	
ADHERENCIA TRATAMIENTO						NS
SI	95 (46,1%)	8 (3,8%)		84 (40,7%)	3 (1,4%)	
NO	111 (53,9%)	15 (7,2%)		92 (44,6%)	4 (1,9%)	

Elaborado por: Los Autores.

Los datos se presentan en frecuencia y porcentaje (%), el nivel de significancia estadística (según X^2 o t); Enfermedad Arterial Periférica leve – moderada; normal; no valorable, NS= No Significante, Dato no procede comparación o dato ausente (0)

CAPITULO V

Discusión

El estudio (Sánchez Reyes & Pedraza Avilés, 2011), de cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes crónicos, encontró cohesión familiar en familias unidas en 40% y familias aglutinadas en 25,4%; además al clasificarlas según el Modelo de Olson evidenció que el 43,4% de las familias corresponden a categoría media y el 22% a familias extremas. Lo que se contrapone con lo encontrado en este estudio.

Un estudio realizado en Ecuador (Coque Tutasig, 2011), identificó en los pacientes hipertensos no adherencia al tratamiento (44,9%), lo que coincide con los resultados de este estudio donde la no adherencia al tratamiento (53,9%).

La adherencia terapéutica encontrada es cercana al informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2004) que refiere que la adherencia varía 50-70% y se relaciona con los métodos de evaluación y regímenes medicamentosos empleados en los estudios. Al igual datos encontrados en Cuba (Libertad Martín & Bayarre Veá, 2015) los no adherentes (49,4%) fué similar.

Coque Tutasig encontro no adherencia en el género masculino (53%) en relación al sexo femenino que es de 47%. Lo que no coincide con los resultados de este estudio que demuestran al sexo femenino 46,1% como no adherente.

No existen estudios similares que aborden la temática entre cohesión familiar y adherencia al tratamiento para poder comparar. Por lo que los resultados que se encontró en este estudio evidencian una relación estadísticamente significativa entre adherencia y cohesión familiar, con una tasa de adherencia t dos veces mayor en aquellas familias extremas en comparación a las equilibradas, lo que indica que las

familias extremas se adhieren, es decir los valores extremos no parecen ser un problema para la adherencia terapéutica, más bien parece que son útiles

En el actual trabajo la cohesión familiar, adherencia al tratamiento y características socio demográficos no tienen una asociación significativa con la enfermedad arterial periférica. No existen estudios que nos permitan comparar la adherencia terapéutica con la enfermedad arterial periférica y la cohesión familiar.

La prevalencia de la enfermedad arterial en la población general oscila entre el 3% y el 18%, en un estudio piloto (Puras Mallagray & Cairols Castellote, 2006), demostró la prevalencia en atención primaria de enfermedad arterial periférica (23%) en mayores de 50 años siendo más alta en mayores de 65 años. Este estudio identificó una prevalencia de enfermedad arterial periférica fue del 11,2%.

Un estudio realizado en Ecuador (Chimbacalle) (Flores Santamaria & Bolagay Romero , 2012) encontró en 105 pacientes una prevalencia de enfermedad arterial periférica de 23,8%. En este estudio la mayoría de los pacientes pertenecieron al género femenino (84,7%) y (15,2%) hombres, con una edad promedio 58 años. Lo que concuerda con los resultados encontrados en este estudio pero difieren de lo expuesto en la literatura donde los hombres tienen mayor predisposición que las mujeres. La enfermedad arterial periférica es de baja prevalencia y de alta morbimortalidad.

CAPITULO VI

Conclusiones y Recomendaciones

6.1. Conclusiones.

- La funcionalidad familiar tiene dos dimensiones evaluadas por el FACES III, la cohesión y la adaptabilidad, de estas la primera tiene una asociación de interés con la adherencia terapéutica.
- Las familias con puntuaciones extremas de cohesión en comparación con las equilibradas tuvieron una mejor adherencia terapéutica. Esto con lleva a considerar que existen elementos de la funcionalidad que así como son útiles para los sistemas familiares también lo son de forma particular para otros ámbitos, como el sanitario en este caso.
- La cohesión familiar tiene una relación estadísticamente significativa con la edad en los pacientes hipertensos. Esta relación es una vez más en las familias extremas con pacientes menores de 65 años.
- La prevalencia de no adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos fue mayor en el sexo femenino donde se encontró una relación estadísticamente significativa. En la población estudiada no se puede hacer inferencia con etnia por que el 96,6% declararon ser mestizos.
- Al analizar la variable enfermedad arterial periférica, tienen una relación estadísticamente significativa con la instrucción primaria y no se relaciona con las otras variables.

- La prevalencia de enfermedad arterial periférica en este estudio es de 11,2%.
No hay estudios que relacionen estas tres variables para comparar y realizar el cruce de variables.
- El estudio cumple con los Objetivos e Hipótesis Planteadas por los investigadores.

6.2. Recomendaciones

- Se recomienda trabajar con las familias extremas, con el fin de no crear sistemas familiares cerrados porque no permiten el intercambio de opiniones y logro de la autonomía.
- Promover la participación de la familia en el cuidado de los pacientes hipertensos, porque la familia influye significativamente en los pensamientos, sentimientos y acciones del individuo mejorando su adherencia terapéutica.
- Fomentar el compromiso familiar para asumir los roles de cuidadores de una forma adecuada y equitativa por cada uno de sus miembros que permita disminuir el incumplimiento terapéutico y la sobrecarga familiar.
- Evaluar la adherencia terapéutica frecuentemente, individualizando el tratamiento y adaptando las actividades diarias del paciente a su cultura y entorno familiar, así como brindar información básica durante la consulta médica con lenguaje sencillo y de fácil comprensión.
- Se recomienda trabajar activamente con las mujeres pertenecientes a la Clínica de Enfermos Crónicos Metabólicos del Centro de salud de los Rosales, con la finalidad de establecer mecanismo que estimulen o motiven su autocuidado para mejorar la adherencia terapéutica.
- Se aconseja al equipo de salud trabajar con la población femenina para mejorar la adherencia al tratamiento fomentando las guías anticipatorias con el personal de salud, trabajo de pares, visitas domiciliarias.

- Concientizar al paciente con enfermedad crónica como la hipertensión arterial, al no abandono del tratamiento terapéutico, incluso cuando no tenga ninguna sintomatología o se produzca algún efecto secundario.
- Trabajar junto con el equipo multidisciplinario de salud para la prevención, detección y abordaje de las posibles causas que llevan al paciente hipertenso al abandono de los tratamientos establecidos.
- Los Médicos Familiares debemos trabajar activamente con la comunidad y las familias para estimular los hábitos saludables que ayuden a mantener una buena adherencia terapéutica, además realizar guías anticipatorias para las familias con enfermos crónicos los cuales requieren de un adecuado apoyo familiar.
- El Índice Tobillo Brazo es un predictor confiable de riesgo cardiovascular con el fin de evitar muertes prevenibles y de esta manera disminuir las complicaciones vasculares y costos en salud.
- Es importante prevenir la enfermedad arterial periférica como una complicación microvascular de la hipertensión arterial y para ello hay que capacitar al equipo de salud de atención primaria en la técnica para la realización de índice tobillo brazo (ITB) y contar con los instrumentos necesarios para su medición.
- Fortalecer la comunicación médico paciente como eje principal para el tratamiento y acompañamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente hipertensión arterial siguiendo los principios básicos de la Medicina familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, S., Elaine, C., Alves, S., & Yoshitome, Y. (2014). Health conditions and functionality of the elderly with Diabetes Mellitus type 2 in Primary Health Care. 18.
- Alviz, E. R., & Mondragón, C. H. (2014). Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. *Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm.*, 16.
- Armas Guerra, D. N., & Díaz Muñoz, L. (2007). LAS FAMILIAS POR DENTRO. En D. N. Armas Guerra, & L. Díaz Muñoz, *Entre voces y silencios* (pág. 229). QUITO: América.
- Association, A. D. (2015). Standards of Medical Care in Diabetes. *THE JOURNAL OF CLINICAL AND APPLIED RESEARCH AND EDUCATION*, 99.
- Azzollini, S., Vera, B., & Victoria, V. (2011). Diabetes: the importance of family and work for the compliance with treatment. *Diabetes: the importance of family and work for the compliance with treatment*, 8.
- Cibanal, L. (2006). INTRODUCCIÓN A LA SISTÉMICA Y TERAPIA FAMILIAR. 21.
- Coello, C., López, P., Flores, H., Ponce, R., & Gómez, C. (1998). Social Determinants of family cohesion and adaptability. Elseiver, 8
- Coque Tutasig, L. (2011). Factores Personales que Influyen en la Adherencia al Tratamiento de los Pacientes Hipertensos que Acuden al Servicio de Cardiología del Hospital Carlos Andrade Marín en el Periodo de Marzo del 2001. 132.
- Cruz, E. S., & Nava Galán, M. G. (2012). Adherence therapeutics. 3

- Emdin, C., Anderson, S., Callender, T., Gholamreza, N., & Khrshidio, S. (2015). Usual blood pressure, peripheral arterial disease, and vascular risk: cohort study of 4.2 million adults. *The George Institute for Global Health, Oxford*, 15.
- Espinal, I. (. (2015). La familia como sistema social: Conyugalidad y parentalidad. *Revista del Magíster en Análisis Sistémico Aplicado a la Sociedad*, 14.
- Fernández Ortega, M. A. (1995). El Impacto de la Enfermedad en la Familia. 5.
- Fernandez, A., & Boon-How, C. (2014). Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World Journal Diabetes*, 6.
- Ferrer-Honores, P., Miscán-Reyes, A., & Pino, J. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson. *Rev enferm Herediana.*, 8.
- Flores, J. d., Ibáñez Reyes, E. J., & Mares Martínez, K. (2105). La dinámica de la familia y la diferenciación. *Alternativas en psicología*, 27
- Flores Santamaria , N. A., & Bolagay Romero , J. (2012). PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA Y DISFUNCION PULMONAR EN PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD N° 4 DE CHIMBACALLE. 92.
- General practice management of type 2 diabetes. (2014). *The Royal Australian College of General Practitioners*, 200
- Gimenes Faria, H. T., dos Santos, M., Cordeiro Alves, C., Luchetti Rodrigues, F., Gonela5, J., & Souza Teixeira, C. (2104). Adherence to diabetes mellitus treatments. *Esc Enferm USP*, 7.
- González Alfonso, M., González Alfonso, D., Vázquez González, D., González Alfonso, L., & Gómez Pacheco, D. (2004). IMPORTANCIA DE LA

PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. *INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS*, 7.

Guindo, J., Martínez-Ruiz, M., Gusi, G., Punti, J., & Bermúdez, P. (2009). Métodos diagnósticos de la enfermedad arterial periférica. Importancia del índice tobillo-brazo como técnica de criba. *Revista Española de Cardiología*, 7.

Guralnik, J., Thian, L., Ferrucci, L., Liu, K., & Liao, Y. (2007). Baseline Functional Performance Predicts the Rate of Mobility Loss in Persons With Peripheral Arterial Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 9.

Hiller, H., Murillo², N., Hernando Ulloa, J., & Ulloa-Domínguez, J. (2010). Understanding medical treatment in lower limb peripheral arterial disease. *CES MEDICINA*, 13.

Isea, D., Vilorio, D., Ponte N., D., & Gómez M., D. (2012). COMPLICACIONES MACROVASCULARES DE LA DIABETES MELLITUS: CARDÍACAS, VÁSCULOCEREBRALES Y. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 15.

Kanán Cedeño, G., Rivera Heredia, M., & Rodríguez Orozco, A. (2010). Family functioning in hypertension patients with and without migration experience. *Psicología y Salud*, 10.

L., L., & Gomez Pacheco, D. (2004). Importancia de la Participación familiar en el control de la Hipertension Arterial. *Medicentro*, 16.

Lagos Mendez, H., & Flores Rodriguez, N. (2014). Funcionalidad Familiar y automanejo de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuidado y Salud*, 8. Libertad Martín, A., & Bayarre Veja, H.

(2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias Cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 13.

Libertad Martín , A., & Bayarre Veá, H. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias Cubanas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 13.

López R., G. (2007). Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con Hipertensión Arterial descompensada. *Colima (mexico)*.

Marín-Reyes, F., & Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento. *Salud Pública de México*, 4.

Marínez-Pampliega, A., Iraurgi, I., Galíndez, E., & Sanz, M. (2006). Family adaptability and cohesion evaluation scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 items en español. *International Journal of clinical and Healt Psichology*, 338.

Mata, E. (2005). Estructuras Familiares y comportamientos adictivos. *ALCMNEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 20.

Merino Garrido, L. (2013). Estudio de la adherencia al tratamiento antihipertensivo. 99.

P., J., B., C., W., C., & Dennison-HimmelfrabC. (2014). Evidence-Based Guideline for the Management of high blood pressure in adults. *JAMA*, 15.

Páez E, A., Oróstegui A., M., Hernández G., H., & Valencia A., L. (2010). Validación del índice tobillo brazo oscilométrico comparado con eco-Doppler. *CARDIOLOGÍA DEL ADULTO - TRABAJOS LIBRES*, 10.

Quirós-Meza, G., Salazar-Nassar, J., & Castillo-Rivas, J. (2011). Care of Patients with Peripheral Artery Disease in the Hospitals of the Costarrican Social Security System. *Acta Médica Costarricense*, 6.

Romero Carro, J. (2010). ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA. *MEDICAL DOSPLUS, S.L.*, 31.

Rubinstein Adolfo.(2006).MEDICINA FAMILIAR Y PRÁCTICA AMBULATORIA.(pág. 2140).BUENOS AIRES: Panamericana

Santos Costa, R., & Tolstenko Nogueira, L. (2008). CONTRIBUCIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Latino-am Enfermagem*,

6. Sánchez Reyes, A., & Pedraza Avilés, A. (2011). Cohesión y Adaptabilidad familiar y su relación con la hemoglobina glucosilada de los pacientes diabeticos. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 8.

Spiral Flow peripheral vascular graft for treating. (2015). *National Institute for Health and Care Excellence*, 26.

Task Force the Management of arterial hypertension. (2013). *practice Guidelines am the European Society of Cardiology*, 15.

Viejo, A. G. (2012). Enfermedad arterial periférica y pie diabético en pacientes. *Enferm. Nefrologia*, 10.

Winckler, M. (1999). EL PACIENTE Y EL ENTORNO FAMILIAR, SOCIAL Y CULTURAL DEL PACIENTE. 19

Zavala-Rodríguez, M., Ríos-Guerra, M., García-Madrid, G., & Rodríguez-Hernández, C. (2009). Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*, 15.

Apéndice

Anexo 1

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PUCE-MSP
SEDE SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS

INFLUENCIA DE LA COHESION FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS
 PACIENTES HIPERTENSOS QUE DESAROLLAN ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA
 DE LA CLINICA DE ENFERMOS CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE
 LOS ROSALES EN EL AÑO 2016"

AUTORES: MIGUEL SILVA / PAOLA BUSTAMANTE

FACES III, Versión familiar

FACES II, Versión familiar David H. Olson

Nombre: _____ Parentesco: _____

Ciudad: _____ Fecha: _____ Familia: _____

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que Usted elija según el número indicado:				
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	2	3	4	5
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si				
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver problemas				
Aceptamos las amistades de los demás miembros de familia				
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				

	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
	Nos sentimos muy unidos
	En nuestra familia los hijos toman las decisiones
	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
	En nuestra familia las reglas cambian
	Con facilidad podemos planear actividades en familia
	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
	Consultamos unos con otros para tomar decisiones
	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
	La unión familiar es muy importante
	Es difícil decir quien hace las labores del hogar

Cohesión _____ + Adaptabilidad

			Tipo
DIMENSIÓN	FAMILIA	PUNTUACIÓN	de
COHESIÓN	No relacionada	10 - 34	fami
	Semirelacionada	34 - 40	lia
	Relacionada	41 - 45	—
	Aglutinada	46 - 50	—
ADAPTACIÓN}	Rígida	10 - 19	—
	Estructurada	20 - 24	—
			—
			—
	Flexible	25 - 28	—
	Caótica	29 - 50	—

___ Funcionalidad _____

CALIFICACIÓN

FUENTE: Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III Escritos de Psicología, Vol.

3, n° 2, pp. 30-36. 2010

Anexo 2

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PUCE-

MSP

SEDE SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS

INFLUENCIA DE LA COHESION FAMILIAR Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE DESAROLLAN ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA DE LA CLINICA DE ENFERMOS CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE LOS ROSALES EN EL AÑO 2016

Nombre: _____ CI: _____

Ciudad: _____ Fecha: _____ Familia: _____

1.- ¿OLVIDA ALGUNA VEZ TOMAR LOS MEDICAMENTOS PARA TRATAR SU ENFERMEDAD?

SI ☐ NO ☐

2.- ¿ES DESCUIDADO CON LA HORA EN QUE DEBE TOMAR LA MEDICACION?

SI ☐ NO ☐

3.- ¿CUÁNDO SE ENCUENTRA BIEN, ¿DEJA DE TOMAR LA MEDICACION?

SI ☐ NO ☐

4.- SI ALGUNA VEZ LE SIENTE MAL, ¿DEJA USTED DE TOMARLA?

SI ☐ NO ☐

FUENTE: Review of the Test Used for Measuring Therapeutic Compliance in Clinical Practice, Vol.

40, n° 8, 2008

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO DE INVESTIGACION MEDICA

FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO para el estudio: INFLUENCIA DE LA COHESION FAMILIAR SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE DESARROLLARON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA DE LA CLINICA DE ENFERMOS CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE LOS ROSALES EN EL AÑO 2016

INVESTIGADORES

NOMBRE	TITULO ACADEMICO	UNIVERSIDAD/INSTITUCION	GRUPO	INFORMACION
..... Dra. PAOLA BUSTAMANTE Dr. MIGUEL SILVA	Doctores en medicina y Cirugía	PUCE	Grupo de investigación “Los Rosales”	Dirección casa: URB. VISTA HERMOSA CASA 4 correo electrónico: paodelcisne25otmail.com tel{efono:0982578832 miguelcilsilva1004@hotmail.com teléfono: 0990440146

Este formulario de consentimiento informado se dirige a hombres y mujeres que son atendidos en la Clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales, por medio del cual se les invita a participar en la investigación cuyo objetivo es determinar la “INFLUENCIA DE LA COHESION FAMILIAR SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE DESARROLLARON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA DE LA CLINICA DE ENFERMOS CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE LOS ROSALES EN EL AÑO 2016”

Línea de Investigación: Enfermedades Crónicas no transmisibles

Parte 1: Información

Somos los doctores posgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria, investigamos para la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Influencia de la cohesión familiar sobre la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos que desarrollaron enfermedad arterial periférica que acuden a la clínica de Crónico Metabólicos del Centro de Salud Los Rosales. El propósito de este documento de consentimiento es darle a conocer la información que necesite para ayudarlo a decidir en el caso que desee participar en el mismo. Por favor lea este documento. Puede hacer preguntas sobre el propósito del trabajo, lo que pediríamos de usted, los riesgos y los beneficios posibles, sus derechos como un participante voluntario y cualquier aspecto sobre el trabajo y sobre este documento. Cuando todas sus preguntas se hayan contestado, puede decidir si desea participar en este estudio; este proceso se llama “consentimiento informado”.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

PROCEDIMIENTO:

Si elige usted participar en este estudio, se le solicitará que responda al cuestionario para evaluar: 1.-cohesión familiar (FACES III), 2.- Morisky-Green para adherencia al tratamiento, 3.- medición Índice Tobillo Brazo antes de iniciar la medición de la presión sistólica, el paciente debe de estar en decúbito supino durante al menos cinco minutos. Se debe buscar con el transductor del doppler la zona que produce el sonido más audible y a continuación, aumentar la presión del manguito al menos 20 mm Hg por encima de la presión arterial sistólica en brazo, toda la información recolectada a través de una hoja de recolección de datos (encuesta) se mantendrán anónimas, ya que cada persona tendrá un código. Por ejemplo, supongamos que hay un paciente llamado Ricardo Recalde, para todos los análisis esta persona tendrá un código, que podría ser: 10304. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que recibe en la clínica y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

RIESGOS ASOCIADOS AL ESTUDIO

Algunas personas sienten que proveer información para un trabajo de análisis es violar su privacidad, otras personas sienten que será utilizada esa información en otros análisis distintos al mencionado explícitamente; y, otras personas pueden pensar que con esa información se puede poner en peligro su vida y trabajo.

El Índice Tobillo Brazo es una exploración no invasiva útil para valorar la existencia de isquemia en miembros inferiores.

La investigación durará 6 meses y requerimos de su presencia para la aplicación de los test.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Si usted participa en esta investigación tendrá los siguientes beneficios:

Este estudio ayudara a prevenir enfermedades vasculares periféricas en las familias hipertensas por falta de adherencia al tratamiento.

Los pacientes con hipertensión arterial serán sometidos a exámenes de laboratorio sin costo para usted y los resultados obtenidos serán usados para respaldar la toma de decisiones tanto al nivel individual como al nivel del sistema de salud.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

Se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto económico alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Parte II: Formulario de Consentimiento



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: INFLUENCIA DE LA COHESION FAMILIAR SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE DESARROLLARON ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA DE LA CLINICA DE ENFERMOS CRONICOS METABOLICOS DEL CENTRO DE SALUD DE LOS ROSALES EN EL AÑO 2016

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante.

Fecha:

_____ C.I. _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He _____ explicado _____ al _____ Sr(a).
 _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le explico de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normativa correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Anexo 4

ABSTRACT

Objective: This study aims to identify if family cohesion factor determines treatment adherence of hypertensive patients who developed peripheral arterial disease.

Methodology: A cross-sectional analytical study was carried out with a sample of 206 patients diagnosed with arterial hypertension that belong to “Crónicos Metabólicos” Clinic of “Los Rosales” Health Center. The data collection was done in external consultation through planned activities by means of validated instruments such as: FACES III to identify family cohesion, Morisky-Green Test to evaluate treatment adherence and Ankle-Brachial Index Text to diagnose peripheral arterial disease. The SPSS 23.0 software was used for statistical analysis; univariate and bivariate analyses were performed; the significance of the data by using the Chi-square test with a 95% confidence interval was carried out.

Results: When analyzing the family cohesion factor and the therapeutic adherence, it was demonstrated that there is a statistically significant relationship ($p = 0.008$) ($X^2 = 6.411$) between the agglutinated and unrelated families in relation to the balanced ones (1.181-3.853) 95% CI.

Conclusion: 1. In regards to the treatment adherence and family cohesion factor, there is a statistically significant relationship in the extreme families as opposed to the balanced ones. 2. Non-adherence to treatment is greater in females being their relation statistically significant. 3. The prevalence of the peripheral arterial disease in this study is 11.2%.

Key Words: Family Cohesion Factor, Adherence to Treatment, Peripheral Arterial Disease (PAD), Ankle-Brachial Index Text (ABI). I, Azucena Naranjo, certify that I am fluent (conversant) in the English and Spanish languages, and that the above document is an accurate translation of the original attached document in Spanish.

_____ Date: January 5, 2017

Azucena Naranjo, M.Ed. Address: Quito - Ecuador

Professor of the Pontifical Catholic University of Ecuador

Citizen's ID card no: 1708620800

azunaranjo@yahoo.com

+593-2-2546-913